

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
HERNIE ÉPIGASTRIQUE ÉTRANGLÉE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 6 Mars 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

Jean - Charles FREY

Né à Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin), le 17 Juin 1909

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM MICHEL, Professeur . . .	<i>Président</i>
		FRÉLICH, Professeur . .	{ <i>Juges</i>
		BARTHELEMY, Agrégé.	
		ABEL, Agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRE, MICHEL & C^{ie},
1, Boulevard Jean-Jaurès,
NANCY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
HERNIE ÉPIGASTRIQUE ÉTRANGLÉE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 6 Mars 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

par

Jean - Charles FREY

Né à Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin), le 17 Juin 1909

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM MICHEL, Professeur . . .	Président
		FRÉLICH, Professeur . .	Juges
		BARTHELÉMY, Agrégé.	
		ABEL, Agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRÉ, MICHEL & C^{ie},

1, Boulevard Jean-Jaurès,

NANCY

1935

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I O.

WEISS, O *, I O ; BOUIN, O *, I O :

ANCEL, *, I O ; GARNIER *, I O ; MACÉ *, I O ; P. PARISOT, O *, I O ;

DUFOUR, *, I O ; G. THIRY *, I O.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I O.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I O.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, O *, I O.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FROELICH, *, I O.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I O.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I O.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I O.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I O.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I O.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I O.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I O.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I O.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I O.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I O.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I O.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I O.
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A O, *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I O.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I O.

M. JOB, *, I O, professeur sans chaire.

M. WATRIN, *, I O, professeur sans chaire.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, *, I O, professeur.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A O, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A O, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I O, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A O, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I O, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I O, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I O, ag. lib.
	M. G. LAMY, *, I O, agrégé libre, chef de travaux.
Accouchements (Cours théorique)	M. JOB, *, I O, profess. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A O, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A O, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, *, I O, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A O, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique(1)	M. L. MERKIEN, A O, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A O, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R. L. (1)	M. ACUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice

MM. MERKLEN, A O.
FLORENTIN.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF.
POURCINES.
MELNOTTE, O *.



MM. MUTEL, *, I O.
VERMELIN, *, A O.
GUILLEMIN, A O.
ABEL, *, A O.
DROUET, A O.
SIMONIN, A O.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I O ; S. REMY, I O ; BUSQUET, I O ; M. FAIRISSE, I O ;
BINET, *, I O ; BARTHÉLEMY, *, I O ; LAMY, *, I O.
M. E. TRIBOLET, I O, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur*

*Il a été pour nous un maître
bienveillant, et nous lui devons, ou-
tre notre formation scientifique, la
conscience professionnelle dont il
fut pour nous le plus parfait exem-
ple.*

*Il nous a fait l'honneur d'accep-
ter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver dans
ces quelques mots tout ce que nous
voudrions exprimer de respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRÉLICH,

*Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et Orthopédique*

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Hommage de gratitude pour la
sollicitude qu'il nous a toujours si
cordialement témoignée.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABEL

*Chargé du Cours de Pathologie Interne
Chevalier de la Légion d'Honneur*

*Qui n'a cessé de nous donner, au
cours de nos stages à l'Hôpital, le
plus précieux enseignement clinique
et qui nous fait aujourd'hui le
grand honneur de juger cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARTHELEMY

*Agrégé libre
Chevalier de la Légion d'Honneur*

*En témoignage de la bienveillance
qu'il a toujours eue pour nous.*

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTE

INTRODUCTION

M. le Docteur GUIBAL, Chirurgien des Hôpitaux, a bien voulu nous communiquer l'observation d'un cas d'étranglement de hernie épigastrique. L'extrême rareté de cet accident et, de ce fait, son absence de description dans les livres de pathologie externe, en fait l'intérêt principal. Aussi avons-nous pensé à réunir les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, et à faire d'une revue générale de cette question le sujet de notre thèse.

Nous avons, pour ce travail, adopté le plan classique de toutes les questions de pathologie.

Après un bref historique, nous présenterons la région de la ligne blanche ; ensuite, nous essayerons de répondre aux grandes questions de l'Anatomie pathologique, de la Pathogénie, de l'Étiologie, de la Symptomatologie, du Diagnostic et du Traitement de la hernie épigastrique étranglée.

Nous serons amené à faire quelques incursions, que nous jugeons nécessaires, dans le domaine des hernies épigastriques en général. L'étranglement de ces hernies n'est qu'une complication d'un état antérieur dont l'étude nous donne de trop larges renseignements pour ne pas être, sinon entreprise, du moins esquissée.

Que M. le Docteur GUIBAL veuille bien accepter ici toute notre reconnaissance pour nous avoir indiqué ce sujet qui nous a vivement intéressé, et pour tous les conseils qu'il nous a prodigués au cours de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

La hernie épigastrique est connue depuis bien longtemps. Son interprétation, cependant, est restée, jusqu'à la fin du siècle dernier, assez obscure, surtout lorsqu'il s'agit de hernies épigastriques étranglées.

Consultons les classiques: nous y apprenons que si l'irréductibilité de la hernie épigastrique est fréquente, par contre, son étranglement est rarissime.

De nombreux travaux ont paru, soit au sujet des variétés herniaires et de leur pathogénie, soit au sujet de leur traitement.

En 1285, Arnaud de VILLENEUVE, premier médecin du roi d'Aragon, avait relaté l'histoire d'une malade atteinte de cette affection.

Cependant, la première monographie de la question date de GARANGEOT (1743), dans son « Mémoire à l'Académie Royale de Chirurgie », sur plusieurs hernies singulières. Croyant à leur contenu stomacal, il leur donna le nom de gastrocèle.

En 1810, LEVEILLE substitua à ce nom celui de hernie épigastrique.

Viennent ensuite les observations de KLEIN (1820), dans le *Journal der Chirurgie and Angenheilkunde*; de DIEFFENBACH (1848), dans *Operative Chirurgie de Leipzig*; de GUSSENBAUER (1876), dans *Virchow-Hirsch : Jahresberichte d. Gesamten Medizin*. Il ne nous a pas été possible de re-

trouver ces premiers cas publiés de hernie épigastrique étranglée.

TERRIER, vers 1887, donne une classification des hernies épigastriques qui fait, aujourd'hui encore, autorité. Lucas CHAMPIONNIÈRE et bien d'autres avant lui notent la rareté de leur étranglement.

WIESINGER, en 1902, publia trois observations personnelles — très douteuses selon MM. LOEPER, de SÈZE et LEROY — dans *Deutsche Zeitung für Chirurgie*.

En 1904, dans la *Presse Médicale*, parut une communication de MM. LATARGET et ADENOT concernant une gastrocèle étranglée ouverte à la paroi.

Max SEBBA, en 1909 (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*), et Lucius W. HOTCHKISS (*Annals of Surgery, New-York*), la même année, éditent chacun une observation.

RIDGWAY, en 1909 et 1910, publie trois cas dans *The British Medical Journal*. On peut affirmer, étant donné la rareté de l'étranglement dans la hernie épigastrique, que trois cas en deux ans réalisent une manifestation de la loi des séries.

DUJARRIER et BERGER, en 1910 également, publièrent une observation, suivie d'une autre de CHARBONNEL et BRAU TAPIE (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 26 juin 1910).

Daniel FABRE, en 1911, fait paraître sa thèse : « De la hernie épigastrique et de l'entérocele épigastrique étranglée », dans laquelle il cite une observation (POTHERAT).

Jos. GODART, cette même année, publie un cas dans *La Polyclinique de Bruxelles* (15 avril 1911).

Se succèdent ensuite les observations de Forbes FRASER (1913), Alexis MOSCHOWITZ (1914), DANFORTH (1915), GA-

TEWOOD (1916 et 1919), Calvin SMYTH (1920), LEJARS (1920 également), Léopold ROUSSEAU (thèse Toulouse, 1923-1924), GUTMAN (1926), BERNARDBEIG et DROUET, GUILLEMIN (1928), CHAUVENET et ZENO, LOEPER, de SÈZE et LEROY (1929), PATEL, SENEQUE et LEROY (1), CREYSSSEL et ARNULF (1933), FOLLIASSON et HÉRAUD, HUET (1933), DELANOY, MOURE et BARRAYA (1934).

Enfin, nous clôturerons cette longue énumération par l'apport d'une observation inédite qui porte à trente-deux le nombre des cas que nous avons pu relever.

(1) Le sommaire des « Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie » (1929) mentionne cette observation, mais l'exposé ne s'y trouve nulle part développé.

OBSERVATION INEDITE
FOURNIE PAR M. LE D^r GUIBAL

Ch. V..., a été admis, à l'âge de 74 ans, dans le service de M. le Docteur AUBRY, à l'Asile Public d'Aliénés de Maréville, pour tentative de suicide.

L'examen médical pratiqué, le 8 mai 1930, a révélé la coexistence d'une hernie inguinale double et d'une hernie siégeant à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane, et dont le volume est celui d'une mandarine.

Interrogé à ce sujet, V... a déclaré que ses hernies inguinales ne le gênaient nullement. Quant à la tumeur de la région épigastrique, elle est apparue depuis vingt-cinq ans environ, dans des circonstances que nous n'avons pu parvenir à faire préciser.

Cette dernière hernie, depuis quelques années et à plusieurs reprises, est devenue le siège de crises douloureuses s'accompagnant de troubles digestifs, en particulier de vomissements et de constipation passagère. Notre malade, d'abord inquiété par ces accidents, a peu à peu appris à rentrer sa hernie devenue plus volumineuse au cours de ces syndrômes douloureux, et alors tout rentrait dans l'ordre pour quelque temps.

Cependant, au cours de l'année 1933, des incidents du même ordre se sont renouvelés au point d'amener V... à demander la cure radicale de sa hernie. La nécessité d'une intervention fut néanmoins rejetée : le grand âge du malade et son état général déficient assombrissaient par trop le pronostic d'une opération dont l'urgence ne se faisait nullement sentir.

Mais, le 30 décembre de cette même année, une nouvelle

crise d'engouement survient qui, dès le début, paraît prendre un degré de gravité anormal : V... éprouve brusquement une violente douleur au niveau de l'épigastre, accompagnée de vomissements alimentaires abondants. Il y a, dès ce moment, arrêt complet des matières et des gaz. La hernie est devenue subitement volumineuse, tendue, et tous les moyens employés jusqu'ici avec succès pour la réintégrer dans l'abdomen restent vains. Les vomissements se succèdent et deviennent bilieux. L'état général s'altère et devient rapidement précaire chez ce vieillard de soixante-dix-sept ans. L'interne de garde, mandé quarante-huit heures seulement après le début des accidents, diagnostique facilement l'étranglement herniaire. L'intervention d'urgence est alors décidée.

Examen préparatoire :

Le malade présente un très mauvais état général ; il est presque adynamique. Son pouls bat à 100. Sa température est de 38°7. Le facies est terreux, presque péritonéal ; les yeux excavés ; la langue sèche, rapeuse, recouverte d'un enduit fétide et brunâtre. Au niveau de l'abdomen, on constate l'existence d'une grosse tuméfaction à siège sus-ombilical, occupant le tiers inférieur de la ligne blanche. Son volume est celui d'une grosse orange.

L'ombilic est refoulé à la partie inférieure de cette tuméfaction.

La peau est tendue, lisse, violacée. La palpation donne une impression de rénitence régulière ; elle ne détermine aucun gargouillement, et la tumeur est totalement irréductible. A la percussion, cette dernière donne une matité totale.

Le pédicule de la tuméfaction herniaire est difficilement perceptible ; cependant, l'ombilic l'est encore sur la partie inférieure de la tumeur, indiquant par conséquent qu'il s'agit d'une lésion sus-jacente, d'une hernie sus-ombilicale de la ligne blanche, d'une hernie épigastrique de calibre tout à fait anormal.

Intervention : (Opérateur: Docteur GUIBAL ; aide : PASSE-BOIS, interne des Asiles).

Anesthésie locale à la scurocaïne à 1 %. Incision transversale circonscrivant la tumeur comme pour aborder une hernie ombilicale. Section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose. On coupe le tractus ombilical, et on libère le pédicule du sac herniaire situé à trois centimètres au-dessus de l'ombilic ; ce pédicule est nettement limité par un orifice fibreux constitué par l'aponévrose ; ses dimensions sont de trois centimètres sur deux centimètres environ. Débridement de cet anneau fibreux. Libération du sac constitué uniquement par un feuillet péritonéal dans lequel on ne retrouve pas le ligament rond. Incision du sac herniaire : il s'écoule à peu près 150 cc. de liquide hématique trouble et fétide ; on aperçoit une anse grêle, de teinte noirâtre, de quarante centimètres de longueur ; son méso est épaissi, infiltré, ecchymotique. Après arrosage au sérum physiologique chaud, l'anse intestinale redevient rouge, s'assouplit, en particulier au niveau de la limite de l'étranglement. On décide de la réintégrer dans la cavité abdominale. Fermeture du collet péritonéal au catgut en bourse.

L'aponévrose est suturée transversalement à l'aide de quatre crins en « U ». Cette suture est renforcée par quelques points de catgut. Fermeture de la peau aux crins. Un drain est placé à chaque extrémité de l'incision. Injection de 500 cc. de sérum physiologique.

Le lendemain de l'intervention, l'état général est satisfaisant, les vomissements ont cessé, les gaz circulent.

Le malade émet spontanément une selle quarante-huit heures après l'opération. Sa température est devenue normale après trois jours. Le pouls se rétablit rapidement.

Lever au dixième jour.

Guérison sans aucune complication post-opératoire.

ANATOMIE

Les travaux récents, entrepris par de multiples auteurs sur la hernie épigastrique, ont mis en valeur le rôle du ligament rond du foie dans la pathogénie de cette affection. Il ne nous a pas paru inutile de décrire dans ce chapitre non seulement la ligne blanche, mais aussi le fascia umbilicalis et le ligament rond du foie. Ce chapitre, assez court, trouvera son complément lorsque nous aborderons l'étude anatomo-pathologique de la hernie épigastrique.

La ligne blanche

Etendue du sternum au pubis, la ligne blanche est un raphé tendineux constitué par les aponévroses antérieures de l'abdomen, dont les fibres transversales s'entremêlent aux fibres longitudinales qui sont tendues entre le sternum et le pubis.

A sa partie supérieure, elle s'insère sur la face antérieure de l'appendice xyphoïde dont la pointe en est parfois séparée par la bourse muqueuse préxyphoïdienne.

A sa partie inférieure, elle s'attache au ligament pubien supérieur.

La longueur de la ligne blanche est variable; elle mesure généralement trente-trois centimètres. Son épaisseur est de trois millimètres. Sa largeur varie de haut en bas. Depuis son insertion supérieure jusqu'à deux travers de doigt

au-dessus de l'ombilic, elle est large, rubanée, mesurant huit millimètres au niveau du sternum, elle s'élargit de haut en bas et arrive à mesurer vingt-huit millimètres à l'ombilic.

La deuxième portion de la ligne blanche est linéaire et commence brusquement à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, c'est-à-dire au niveau de l'arcade de Douglas; elle mesure seulement trois millimètres de largeur.

La ligne blanche est en rapport:

— En avant: avec la peau et le tissu cellulaire sous-cutané;

— De chaque côté: avec les muscles droits et leurs insertions aponévrotiques;

— En arrière: elle répond au feuillet pariétal du péritoine, très adhérent, et peu mobile en dehors de la ligne médiane, de sensibilité très développée, séparé de la partie aponévrotique par du tissu cellulo-graisseux à peu près constant.

Dans la ligne blanche, sont ménagés, çà et là, et presque exclusivement dans la portion sus-ombilicale, un certain nombre d'orifices losangiques ou elliptiques, très visibles surtout sur la face péritonéale, qui livrent passage à des artérioles ou veinules, ou aux rameaux perforants des cinq derniers nerfs intercostaux, où à des pelotons adipeux, véritables traits d'union entre le tissu cellulaire sous-péritonéal et le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces orifices sont d'un grand intérêt parce que, par eux, se produisent les hernies épigastriques en attirant au dehors la graisse sous-péritonéale, puis le péritoine pariétal; formant un petit diverticule séreux, un petit sac où peuvent s'engager épiploon et intestin.

L'Ombilic

L'ombilic est l'orifice que traversent, durant la vie intra-utérine, les deux artères et la veine ombilicale. Après la naissance, ces vaisseaux s'oblitérent et l'ombilic devient une dépression des téguments en forme de cupule.

L'ombilic comprend, en allant des parties superficielles aux parties profondes :

1° La peau;

2° Le tissu cellulaire sous-cutané;

3° Une couche aponévrotique qui n'est autre que la ligne percée d'un orifice constituant l'anneau ombilical;

4° Le tissu cellulaire sous-péritonéal où se trouvent l'extrémité supérieure de l'ouraque, les deux cordons fibreux, vestiges des artères ombilicales, le ligament rond du foie, résultant de l'oblitération de la veine ombilicale, le tout recouvert par un feuillet fibreux plus ou moins développé : le fascia umbilicalis;

5° Enfin, le péritoine pariétal.

Nous étudierons spécialement deux éléments de cette énumération, qui ont une importance de premier plan dans la pathogénie des hernies épigastriques : le fascia umbilicalis et le ligament rond du foie.

Le fascia umbilicalis

Au-dessous du péritoine ombilical, le tissu cellulo-fibreux, ou fascia transversalis, s'est considérablement épaissi. Il forme une véritable bande fibreuse, plus ou moins individualisée, suivant les sujets, et que l'on a désignée sous le nom de fascia umbilicalis. Ce renforcement fibreux est

disposé transversalement en arrière de l'extrémité de la veine ombilicale qu'il applique plus ou moins contre la ligne blanche. Il est de forme à peu près quadrilatère, mais à limite imprécise.

Ses bords droit et gauche se perdent à un centimètre environ de la ligne médiane, sur la face postérieure de la gaine des droits, à laquelle il adhère en se fusionnant.

Les bords supérieur et inférieur sont souvent peu nets.

A trois ou quatre centimètres au-dessus de l'ombilic, le fascia s'amincit considérablement, et il est rare qu'il présente un bord supérieur nettement visible. Son bord inférieur est parfois tout à fait net, et forme un repli à concavité inférieure, au-dessus duquel le péritoine se déprime plus ou moins en fossette.

Cette bande quadrilatère, adhérente par ses deux bords latéraux à la gaine des droits, et par sa face antérieure au cordon de la veine ombilicale, reste libre de toute adhérence avec la ligne blanche, large à ce niveau de douze à quinze millimètres. Il se fait donc, entre le fascia et cette ligne blanche, une sorte de conduit fibreux, dans lequel s'engage le cordon de la veine. Ce canal, aplati d'avant en arrière, est limité en avant par la face postérieure de la ligne blanche; en arrière, par la face antérieure du fascia umbilicalis. Ses bords latéraux sont formés par la soudure du fascia à la gaine des droits.

Les deux extrémités de ce canal sont: l'une supérieure, l'autre inférieure. L'extrémité supérieure est représentée par le bord supérieur, mal défini, du fascia. Il répond au point où la veine ombilicale quitte la paroi abdominale pour s'engager dans la grande faux du péritoine et gagner la face inférieure du foie. Souvent, on voit le péritoine se dépri-

mer légèrement en fossette à ce niveau, tantôt à droite, tantôt à gauche de la veine ombilicale.

L'extrémité inférieure répond à l'adhérence de la veine ombilicale avec le pourtour de l'orifice.

Le ligament rond

C'est un vestige de la veine ombilicale du fœtus qui a perdu sa fonction, et s'est réduite à un simple cordon fibreux. Il naît de l'ombilic et s'élève tout d'abord perpendiculairement le long de la ligne blanche. Il chemine pendant ce trajet au milieu de la graisse, dans ce que RICHET a appelé le canal ombilical.

Ce canal est limité en arrière par un fascia sous-péritonéal appelé fascia umbilicalis (1). Ce fascia s'étend sur une hauteur de trois à quatre centimètres, et accole le ligament à la paroi abdominale.

Arrivé au niveau du bord supérieur du fascia umbilicalis, le ligament rond continue à suivre la ligne blanche jusqu'à mi-distance à peu près entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

A ce niveau, il s'incline un peu à droite et quitte la paroi abdominale, entraînant avec lui le péritoine, de manière à former le ligament falciforme.

A l'endroit où le ligament rond quitte la paroi, c'est-à-dire à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, on rencontre fréquemment des îlots graisseux. Ainsi pourrait s'expliquer, par l'effet des tractions de la graisse sur le ligament, la fréquence de la hernie en ce point.

(1) Nous en reparlons au Chapitre Pathogénie.

Au milieu de ce tissu cellulaire lâche, le ligament rond jouit d'une certaine laxité. Il peut, par exemple, sous l'influence de la graisse qui s'hypertrophie en arrière de lui, être refoulé en avant vers la paroi abdominale et faire hernie à travers une éraillure de la ligne blanche. On sait, d'autre part, que le péritoine, très difficile à détacher du fascia transversalis sur les parties latérales de l'abdomen, est d'une dissection commode au niveau de la ligne blanche.

Le ligament rond peut donc fort bien, dans sa hernie, ne pas entraîner le péritoine, d'où absence du sac, car le sac n'est plus ici qu'un accessoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

Nous n'avons fait qu'un seul et même chapitre pour ces deux titres. De plus, nous y avons inséré plusieurs alinéas qui auraient mieux trouvé leur place sous le titre *Etiologie*. Mais il ne nous aurait pas été possible de traiter séparément ces diverses questions sans laisser au lecteur l'impression que le sujet eût été examiné d'une façon incomplète et décousue.

De récentes communications, parues dans les Bulletins et Mémoires des Sociétés de Chirurgie remettent en valeur l'importance du ligament rond dans la pathogénie de la hernie épigastrique. Il ne nous a pas paru inutile de rappeler ici les différents travaux écrits sur cette question. par ordre chronologique, citons :

— *L'article de M. le Professeur VILLARD, dans Lyon Médical, 1913.*

— *La thèse de son élève DEUMIE, Lyon, 1913-1914, n° 98.*

— *Le travail de M. le Professeur BARTHÉLEMY, de Nancy, dans Lyon Chirurgical, 1920.*

— *Les articles de MM. BARTHÉLEMY, GRÉGOIRE, MOURE, MARTIN, BARRAYA, dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, Année 1933.*

I. — Comment se forme la hernie (1)

« C'est l'étude anatomique de la région ombilicale qui
« permet d'élucider cette question. En effet, lorsqu'on dissè-
« que le tissu cellulaire sous-péritonéal de cette région, on

(1) Ce paragraphe est emprunté à l'article de M. le Professeur BARTHÉLEMY (*Lyon Chirurgical*, 1920).

« y constate souvent la présence d'une lamelle fibreuse
 « signalée par VIDAL DE CASSIS, et décrite par RICHET, sous
 « le nom de fascia umbilicalis. Quand il est bien développé,
 « ce fascia est constitué par une série de fibres transver-
 « sales qui s'appliquent sur la face externe du péritoine
 « pariétal, et vont se perdre littéralement sur la face pos-
 « térieure de la gaine des droits. Ces fibres passent en pont
 « au-dessus de la ligne blanche dont elles restent séparées
 « par la graisse et par le cordon de la veine ombilicale
 « (ligament rond du foie). « Ce fascia, peu marqué chez le
 « tout jeune enfant, s'accroît dès la fin de la première
 « année. Il se développe avec la croissance et devient plus
 « commun comme formation nettement différenciée chez
 « l'adulte. Tandis que chez l'enfant, dans les douze pre-
 « miers mois, HUGO SACHS le rencontre dans environ 66 %
 « des cas; LEVADOUX, chez l'adulte, l'a trouvé nettement
 « dans 84 % des sujets examinés. La disposition du fascia
 « umbilicalis a été précisée par RICHET, dont les recher-
 « ches ont été reprises par HUGO SACHS. Ce fascia se pré-
 « sente sous trois formes :

« 1° Il est situé au-dessous de l'anneau ombilical et dans
 « aucun rapport avec lui.

« 2° Il vient effleurer l'anneau ombilical.

« 3° Il recouvre entièrement l'anneau ombilical.

« Dans les deux premiers cas, le fascia peut favoriser
 « la production de hernies ombilicales indirectes. Ceci nous
 « intéresse moins que le troisième cas. Lorsque le fascia
 « recouvre entièrement l'anneau ombilical, ce qui s'observe
 « dans un tiers des cas, il adhère au pourtour de l'ombilic
 « et protège cet orifice contre les hernies. Du fait de cet
 « accollement, le cordon de la veine ombilicale se trouve

« étroitement appliqué contre la paroi sur une longueur de
« plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic. Mais, à par-
« tir du point où le fascia s'interrompt, la veine ombilicale
« s'écarte de la paroi en soulevant le péritoine. Au même
« niveau, le bord supérieur du fascia forme un pli saillant
« à concavité supérieure qui peut constituer un diverticule.
« Ce dernier aboutira à la paroi au point où la veine om-
« bilicale n'aura pu se décoller de la paroi à laquelle le
« fascia l'applique intimement. C'est alors qu'il pourra se
« former une hernie à plusieurs centimètres au-dessus de
« l'ombilic, et sans rapports avec lui, dans le diverticule qui
« vient d'être précisé.

« Cette hernie représente vraisemblablement le type com-
« mun des hernies épigastriques. Les détails précédents
« permettent d'expliquer : son siège constant, l'adhérence
« constante du cordon de la veine ombilicale à la partie
« supérieure de l'orifice. Il est évident qu'à côté de cette
« variété commune, pourront prendre place quelques va-
« riétés de hernies épigastriques plus rares, au travers
« d'orifices anormaux de la ligne blanche, dûs à une insuf-
« fisance musculaire congénitale ou acquise.

« L'adhérence du ligament rond et du ligament falci-
« forme, la traction qui en résulte sur le foie, et qui peut
« déterminer un mouvement de bascule de cet organe, per-
« mettent d'éclairer d'un jour nouveau la constatation de
« douleurs et de troubles gastriques, si fréquemment notée
« chez les sujets porteurs de hernies épigastriques. Il sem-
« ble donc que, dans cette variété de hernie, la libération
« de l'adhérence du ligament rond par sa résection, après
« ligature, soit le complément indispensable de l'interven-
« tion. Cette résection supprime les tractions sur le foie,

« et lui permet de reprendre sa place. Elle supprime en
« outre toute amorce de récidence herniaire.

« La cure radicale d'une hernie épigastrique de variété
« la plus commune (c'est-à-dire dont l'orifice présente des
« rapports constants avec le ligament rond adhérent à son
« bord supérieur) comporte donc la résection de l'adhé-
« rence du ligament rond. »

II. — Comment se crée l'orifice herniaire

Chez les malades porteurs de hernies multiples, il faut incriminer la faiblesse de la paroi abdominale qui, sous l'influence d'une cause légère, peut livrer passage à une hernie. BERGER, sur 106 hernies épigastriques, a constaté que 84 coexistaient avec des hernies diverses. Il y a sans nul doute, dans ces cas, une faiblesse anormale de la paroi. Les intersections aponévrotiques ne sont pas toujours complètes ; elles peuvent ne pas occuper toute la largeur et toute l'épaisseur du muscle droit. A ce niveau, la ligne blanche manque de solidité et présente une lacune congénitale par où se fera la migration d'un sac péritonéal et ensuite d'un viscère.

Dans les cas où le malade ne porte que sa hernie épigastrique, quel mécanisme entre en jeu ? A LUCAS-CHAMPIONNIÈRE revient le mérite d'avoir établi le rôle pathogénique de la graisse sous-péritonéale, qui, chez le vivant, est à l'état de fluidité complète, et lui permet ainsi de pénétrer dans les orifices aponévrotiques. SCARPA, PELLETAN, CLOQUET, VELPEAU avaient aussi entrevu cette influence du lipôme herniaire.

Un autre mécanisme, étudié par TRIPIER et PAVIOT, incrimine

mine la péritonite sous-hépatique dans la pathogénie des hernies abdominales. Nous y insisterons plus loin, lorsqu'il sera question de la pathogénie de l'étranglement épigastrique.

SIÈGE DE LA HERNIE

Le lieu de prédilection des hernies épigastriques est le tiers inférieur de la ligne blanche. Cette localisation se présente dans les observations des malades de ZENO, MASSÉ, SMYTH, DANFORTH, FRASER, PATEL, FOLLIASSON et HÉRAUD, HUET, GUILLEMIN, GUTMAN.

C'est aussi au niveau du tiers inférieur de la ligne blanche épigastrique que se localisait la hernie de notre malade.

Vient ensuite le tiers moyen comme lieu de prédilection. (Observations de AL. MOSCHOWITZ, DUJARRIER et BERGER, RIDGWAY).

La partie supérieure de la ligne blanche est presque indemne. Nos observations n'en rapportent aucun cas.

NOMBRE

La hernie épigastrique est, le plus souvent, unique, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on en a vu deux ou trois superposées. Les observations de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et de BRAU TAPIE sont à peu près les seules connues dans la littérature médicale.

Citons le cas de HOTCHKISS qui relate chez son malade l'existence d'une hernie à trois orifices contenant tous de l'épiploon adhérent, et celui de GATEWOOD : c'est au cours de l'intervention, après avoir traité une hernie épigastrique, qu'il en découvrit une seconde.

III. — Le sac herniaire : son orifice et son contenu

Dans les hernies épigastriques dont nous rapportons l'étranglement, l'orifice est généralement étroit. Ses dimensions dépassent rarement quelques centimètres, dans certains cas, il admet à peine le doigt.

L'anneau a gardé la structure donnée par la disposition même des fibres constituant la ligne blanche : un losange à grand axe horizontal. Cet orifice a pu se déformer, s'agrandir par le lipôme déjà passé au travers, mais les bords restés tranchants forment la vive arête, agent d'étranglement.

Dans les hernies congénitales, ce n'est pas un orifice de passage vasculo-nerveux qui s'est agrandi, mais il y a manque de soudure de la portion aponévrotique de la paroi. Ce fait est contesté par PRINCETEAU, mais des recherches faites par LANNOY, sous la direction de TÉMOIN, ont cependant donné les résultats suivants : sur 16 sujets examinés, six présentaient des orifices anormaux ; dans un seul cas, il ne livrait passage à rien ; dans les cinq autres, il existait des lipomes de volume variable. Dans ces cas, la fissure n'est plus losangique, à grand axe horizontale, mais en forme de fuseau allongé dans le sens vertical ; les bords sont mousses.

Au cours d'un effort, la graisse péritonéale et les pelotons graisseux, transmettant la pression intra-abdominale, pourront entraîner une dilatation passagère de ces fentes. Alors qu'à l'état normal, elles sont virtuelles ou simplement occupées par des lipômes, dans ce cas, le péritoine pourra s'engager, l'intestin ou l'épiploon suivre, une

hernie se constituer momentanément. L'effort terminé, la musculature revenue à son état de repos, la fente temporaire agrandie reprend ses dimensions primitives; elle pince le segment intestinal qui s'est engagé. Il se forme un pincement latéral de l'anse herniée; mais la fente où s'est engagé l'intestin est bien différente de l'orifice annulaire fibreux, inextensible, résistant, trouvé dans les hernies épigastriques acquises qui s'étranglent.

Si des dilatations successives se répètent, la fente agrandira ses dimensions dans le sens transversal; cet état pourra devenir permanent, et une véritable hernie sera constituée. Cet orifice gardra ses caractères primitifs : très larges avec ses bords mousses; aussi ce n'est pas dans l'anneau qu'il faudra rechercher les causes de l'étranglement, mais dans l'état ou les modifications que subissent les masses intestinales contenues dans le sac. (1)

Le sac est recouvert du lipôme préherniaire, relié à lui par un pédicule ou le coiffant simplement. Il est des cas où une striction exercée par l'anneau sur ce lipôme seul, peut donner lieu à des réactions péritonéales intenses. La séreuse du sac, dans les étranglements, se montre congestionnée, parcourue par des vaisseaux noirâtres. Sa coloration va du rouge foncé au brun ardoisé, particulièrement pour les petites hernies. On observe des adhérences fibreuses allant du sac aux tissus périphériques; on retrouve, comme dans

(1) Tel est le cas de hernie épigastrique étranglée que rapporte FABRE (dans sa thèse, Paris, 1911), et qui entre dans cette catégorie: des grossesses répétées avaient entraîné chez la malade une éraillure de 8 cm., donnant issue à un sac énorme contenant presque tout le colon transverse.

- les formes non compliquées, le lipôme préherniaire relié par un pédicule au sac ou le coiffant.

Le contenu du sac est variable, et TERRIER a divisé en quatre groupes les hernies épigastriques.

1° Les hernies graisseuses, avec ou sans diverticule péritonéal.

2° Les hernies graisseuses, avec sac contenant de l'épiploon.

3° Les hernies épiploïques sans lipôme.

4° Les hernies intestino-épiploïques.

Les plus fréquentes sont les hernies épiploïques, et, ce qui frappe dans ces cas, c'est l'adhérence que contracte l'épiploon avec le sac. Les anciens auteurs (GARENGEOT, PIPELET, VOISIN, BLANC) frappés de la coexistence de troubles gastriques avec la hernie épigastrique, croyaient que l'estomac formait le contenu de ces hernies. Les faits ne leur ont pas donné entièrement tort, puisque l'observation de MM. BERNARDBEIG et DROUET relate un cas de hernie épigastrique étranglée à contenu stomacal. Avant eux également, en 1904, MM. LATARJET et ADENOT (*Lyon Médical*) ont signalé une gastrocèle sus-ombilicale avec fistule réalisant un véritable anus stomacal.

M. PATEL divise les hernies épigastriques en deux variétés principales :

1° Les hernies épigastriques avec sac rudimentaire, formées par le tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal, et accessoirement par le ligament rond. Pour MM. VILLARD et BARTHÉLEMY, le ligament rond serait habituellement contenu dans la hernie. Quant au tissu cellulo-graisseux, il s'engage à l'intérieur de l'orifice, formant un lipôme à pédi-

cule mince, et dont la portion élargie s'étale dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est la hernie graisseuse simple de TERRIER. Dans cette catégorie de hernies, le sac est tout à fait accessoire; il est réduit à un simple diverticule ne contenant aucun viscère.

2° Les hernies épigastriques avec sac péritonéal; ces hernies, très rares, se font d'emblée ou en passant par le stade précédent.

Le sac est plus ou moins confondu avec l'atmosphère graisseuse qui l'a entraîné. Dans les cas anciens, il est très adhérent à l'orifice, épaissi, ayant un véritable collet; il peut même être plus ou moins dépouillé de sa graisse, rappelant les sacs des hernies ombilicales.

En ce qui concerne les observations que nous avons réunies au sujet de la hernie épigastrique étranglée, voici quel en était le contenu :

1° La malade de M. PATEL (1929) avait un lipôme sous-péritonéal; le sac péritonéal tout petit était vide. MM. LOEPER, DE SEZE et LEROY pensent qu'il en est de même pour deux observations de WEISINGER (1902).

2° Chez les malades de ZENO, DANFORTH, MOSCHOWITZ, CREYSEL et ARNULF, il s'agissait d'épiploon seul.

3° Chez ceux de RIDGWAY (premier et troisième cas), FORBES, FRASER, SMYTH, GATEWOOD (premier cas), CHEVE-REAU, GUTMAN, colon et épiploon étaient en cause. On peut y ajouter le cas de FOLLIASSON et HÉRAUD.

4° Chez les malades de HOTCHKISS, MASSE et Max SEBBA, l'étranglement intéressait l'intestin grêle et l'épiploon.

5° Chez ceux de DUJARRIER, HUET, DELANNOY, CHAUVENET, et chez notre malade, seul le grêle formait le contenu du sac.

6°. Enfin, chez ceux de KLEIN, LOEPER, DE SEZE et LEROY, GATEWOOD (deuxième cas), il s'agissait du colon transverse seul.

Notons la rareté de la mention du ligament rond du foie dans toutes ces observations (1): ou bien l'auteur, n'y attachant pas d'importance, n'en parle pas, ou bien — et ceci semble plus probable — le ligament rond intéresse surtout la hernie minime, sans contenu intestinal.

L'ÉTRANGLEMENT ET LES LÉSIONS DU SAC

Chez les adultes et les vieillards, où les hernies se sont formées insensiblement avec ou sans effort notable, il faut expliquer comment une hernie a pu s'étrangler.

TIXIER a insisté sur la coexistence de hernies étranglées et des lésions qui leur sont sous-jacentes. Pour lui, ces étranglements sont symptomatiques de lésions gastriques ou intestinales. L'observation de MM. LOEPER, DE SEZE et LEROY (*Progrès Médical*, 1929) relate un étranglement vraisemblablement causé par la « périhépatite inflammatoire, qui n'est elle-même que la partie sous-diaphragmatique d'un processus de polysérite et de médiastinite bacillaire adhésive beaucoup plus étendue. »

Il est permis d'incriminer la même pathogénie dans l'observation de A. ZENO, où la hernie coexistait avec une lithiasé biliaire ancienne. Cette lithiasé a provoqué un léger degré de péritonité sous-hépatique qui a été l'amorce de l'épiploïte avec torsion qui amena secondairement les accidents de l'étranglement. (Rapport de M. DENIKER).

(1) Observations de MM. MOURE et BARRAYA, et cas de M. GUILLEMIN.

On peut également tenir le même raisonnement au sujet de l'observation de MM. CREYSSEL et ARNULF, intitulée: hernie épigastrique étranglée, symptomatique d'un ulcère duodéno-pylorique en voie de perforation. C'est un exemple frappant de ces hernies qui semblent s'étrangler, parce qu'au-dessous d'elles, dans l'abdomen, se passe un phénomène plus important. Elles sont un reflet de la tension abdominale, dangereux d'ailleurs parce qu'elles peuvent concentrer l'attention sur la hernie, et laisser passer l'accident primordial (TIXIER).

Il est intéressant de noter que la même pathogénie — ici la péritonite sous-hépatique — explique aussi bien la formation de la hernie elle-même que son étranglement. En effet, on peut admettre que, sous l'influence de la péritonite, le tissu musculaire est altéré; sa résistance est diminuée, de telle sorte qu'un point naturellement faible pourra céder, livrer passage au sac péritonéal et constituer ainsi la hernie. Nous avons vu, comment le même processus peut amener son étranglement.

Il est bon toutefois d'examiner si cet argument peut s'appliquer à chaque cas. Et nous citons plusieurs observations de malades porteurs de hernies depuis très longtemps. (MOSCHOWITZ : 31 ans ; RIDGWAY : 28 ans ; MASSÉ : 10 ans ; GUTMAN : 8 ans ; Max SEBBA : 10 ans ; notre malade : 25 ans), et chez lesquels n'existait aucune lésion sous-jacente capable d'engendrer un processus de péritonite. Comment expliquer alors l'étranglement de ces hernies ?

L'explication en est simple, si l'on songe que tout malade applique sur sa hernie un bandage pour la contenir, surtout si celle-ci, de formation ancienne, augmente petit à petit de volume au fur et à mesure que l'orifice se laisse

distendre. On peut alors penser que ces bandages, en mettant les parois du sac dans un état d'inflammation permanente, créent à la longue un anneau résistant cicatriciel, capable de provoquer une constriction.

LÉSIONS DU SAC

La séreuse péritonéale, revêtue des différents plans cellulaires tassés à sa surface, est le plus souvent sillonnée par des vaisseaux noirâtres, quand l'étranglement date d'un certain temps ; il arrive que des adhérences inflammatoires soudent le sac aux tissus qui l'entourent. La présence du liquide dans le sac n'est pas constante, et, dans ce cas, l'intestin est directement en rapport avec la paroi du sac.

Le plus souvent, ce liquide existe, d'abord citrin, il ne tarde pas à devenir brunâtre, coloration qui peut être dûe à des extravasats sanguins (1), puis fétide, putride et fécaloïde.

LÉSIONS DE L'INTESTIN

On sait que ce sont les entéroécèles pures qui s'étranglent le plus souvent. Les lésions intestinales qu'on y trouve sont communes à toutes les variétés de hernies étranglées : l'intestin présente une vascularisation intense, avec œdème des parois, laissant transluder un liquide citrin, transparent, à l'intérieur du sac ; au niveau du sillon d'étranglement, les lésions sont toujours plus marquées, les tuniques ont pris

(1) Surtout si des manœuvres de taxis ont été faites sur les masses intestinales. L'observation de SMYTH (1920) relate un volume de liquide de 250 cc. à l'intérieur du sac.

un aspect comprimé, aîfaisé, et on note déjà quelques taches ecchymotiques.

Dans un stade suivant, à l'aspect rouge vineux dû à un état congestif, succèdent des signes d'altération profonde : les taches ecchymotiques sont généralisées à tout l'intestin, isolées ou confluentes : le revêtement péritonéal a perdu son poli habituel, l'accumulation des gaz et des liquides distend la masse herniaire et lui donne une consistance dure et rénitente.

La suppression de l'agent d'étranglement fait disparaître généralement ces modifications de l'intestin ; au collet, cependant, où les parois sont amincies, grisâtres, et la vitalité du tissu diminuée, la vascularisation normale ne revient que très lentement.

A une période plus avancée, sphacèle et gangrène s'installent, et sur les parois aplaties, plissées comme un linge mouillé, des plaques de couleur feuille morte apparaissent, et révèlent une vascularisation perdue.

Les gaz et les matières fécales peuvent rompre cette fragile enveloppe, faire irruption dans le sac herniaire.

Plus rarement, ces liquides septiques déterminent un véritable phlegmon stercoral qui pourra aboutir à la guérison. (1)

(1) Cf. Observation de MM. LATARJET et ADENOT.

ETIOLOGIE

Il y a lieu d'éliminer de cette étude les éventrations épigastriques spontanées ou traumatiques, ces dernières accidentelles ou post-opératoires, particulièrement fréquentes.

Nous diviserons les hernies épigastriques en deux groupes : les hernies congénitales et les hernies acquises.

Hernies congénitales

Il existe des hernies embryonnaires, larges éventrations xypho-ombilicales, qu'on ne peut considérer comme les hernies épigastriques proprement dites. Elles sont toujours accompagnées de malformations des organes qui se sont développés en dehors de l'abdomen ; les éléments musculaires et aponévrotiques font totalement défaut, d'où impossibilité pour le chirurgien de refaire la paroi.

D'autres hernies apparaissent à la naissance, dûes à un écartement du muscle grand droit. BERGER fait de la hernie épigastrique un vestige de cette aplasie de la ligne blanche, tant ce diastasis des droits est fréquent chez l'enfant, et la hernie épigastrique rare chez l'adulte. VIGNES a publié le cas d'un adulte de 45 ans, porteur de hernie épigastrique coexistant avec ce diastasis des droits de 10 cm. et FOY le cas d'une personne qui avait un fort diastasis des droits : son sternum était long seulement de neuf centimètres, et elle n'avait pas d'appendice xyphoïde, d'où anomalie d'in-

section des droits et aussi de la ligne blanche élargie et amincie.

Souvent, ces hernies épigastriques congénitales coexistent avec d'autres hernies ombilicales ou crurales ou avec d'autres malformations, telles que: absence complète d'un muscle droit, anus imperforé. (PRINCETEAU).

Enfin, la ligne blanche peut être sujette à des anomalies de développement, telle l'absence de réunion des parois abdominales sur la ligne médiane ; ces cas sont rarissimes.

LE PAGE, dans sa thèse, signale le cas d'un enfant de trois mois, dont la grand'mère portait une hernie inguinale double, l'oncle deux hernies semblables, et le père à la fois deux hernies inguinales et une hernie épigastrique. L'enfant présentait, comme son père et exactement au même niveau, une hernie épigastrique.

Une deuxième observation de la thèse de LE PAGE concerne un individu atteint de hernie épigastrique : son père et sa mère sont porteurs de hernie inguinale, et son frère a contracté également, à l'occasion d'une chute, une hernie inguinale. Deux exemples bien nets de la faiblesse congénitale de la paroi.

LAFFITE, dans sa thèse, rapporte une observation de MM. LATARJET et ADENOT relatant un étranglement de hernie épigastrique chez une petite fille de trois mois, à contenu stomacal. Ce cas d'étranglement est unique dans la littérature médicale si l'on considère l'âge de la malade au moment de cette complication. Bien que l'observation soit muette sur la préexistence de la hernie à l'étranglement, on peut admettre facilement que l'enfant avait une hernie congénitale qui, secondairement, intéressa l'estomac.

Hernies acquises et leur étranglement

Nous en étudierons la fréquence, les rapports qu'elles présentent avec l'âge, le sexe, la grossesse. Nous examinerons ensuite les causes prédisposantes et déterminantes des hernies épigastriques et de leur étranglement.

FRÉQUENCE

MM. GOSSET et PETIT-DUTAILLIS, dans leur « Précis de Pathologie Chirurgicale », écrivent que l'étranglement des hernies épigastriques est absolument exceptionnel. M. PATEL confirme cette opinion.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne l'a jamais observé. Au fait, les hernies épigastriques elles-mêmes, sont relativement peu fréquentes : dans la statistique de BERGER, elles entrent pour la proportion de 1,37 % (116 sur 10.000 hernies). Max SEBBA arrive à peu près au même chiffre (223 sur 28.348 hernies), et ces auteurs n'ont chacun observé qu'un seul étranglement.

Citons également les statistiques de Mac READY : 0,33 %, et de COLEY (1) : 1,27 % ; ces chiffres sont éloquents.

Avant eux, MALGAIGNE, rapportant dans son « Journal de Chirurgie », le tableau des hernies étranglées opérées par TEXTOR, à Würtsbourg, de 1816 à 1842, ne constatait aucune hernie épigastrique sur 172 cas.

Mais un fait a suscité l'intérêt des auteurs : si la hernie épigastrique est en général difficilement réductible, son étranglement, par contre, est rarissime au point d'avoir été

(1) Ces chiffres sont empruntés à la Thèse de Daniel FABRE.

nié par certains. On peut facilement en expliquer l'irréductibilité par un processus d'ordre inflammatoire qui fixe le contenu habituellement épiploïque hors du ventre.

MASSÉ (Revue de Chirurgie, 1925), se basant sur la classification de TERRIER, montre qu'il est normal que l'étranglement de la hernie épigastrique soit fort rare. En effet, les hernies épigastriques sont en général constituées par des lipomes sous-péritonéaux. Ces masses graisseuses n'ont que peu de chance de s'étrangler. MASSÉ affirme même qu'en aucun cas elles ne peuvent donner lieu à un étranglement. Ceci explique pourquoi les observations de hernies étranglées à contenu uniquement épiploïque ont été mises en doute. (Cf. Observation de WEISINGER).

Les hernies épigastriques à contenu viscéral (intestin grêle, colon transverse, estomac) sont, d'autre part, les seules pouvant donner lieu à un étranglement vrai. Or, elles sont relativement les moins fréquentes. Ainsi s'explique la rareté des cas publiés.

SEXE

Parmi les observations que nous avons pu recueillir, 20 sur 32, se rapportent à des hommes et 12 concernent des femmes (soit 62,6 % et 37,4 %). Si l'on compare ces données aux chiffres publiés par M. le Professeur PATEL, dans son « Traité des Hernies », pour l'ensemble des hernies épigastriques comme des observations de BERGER, CHAMPIONNIÈRE, WIDAL, BOHLAND, ROTH et M. PAGE, ce qui fait que 283 hernies épigastriques observées concernaient respectivement 247 hommes et 36 femmes (soit une proportion de 7 à 1), on peut déduire que l'étranglement est beaucoup moins fréquent chez l'homme où les hernies épigastriques

sont relativement plus nombreuses que chez la femme où elles sont très rares. Il est vrai que le petit nombre d'étranglements observés ne permet pas de tirer des conclusions absolues.

AGE

Les enfants, et même les nouveau-nés ne sont pas indemnes de hernies épigastriques; en général, seuls les adultes sont atteints d'étranglement. Nous citons cependant l'observation de MM. LATARJET et ADENOT, d'après laquelle il est impossible de limiter uniquement aux adultes la possibilité de l'étranglement.

D'après les cas que nous publions, il est facile de constater que cette complication survient surtout dans la seconde moitié de la vie, et après cinquante ans. Les deux tiers des malades de ces observations ont dépassé la cinquantaine (21 sur 32). Plus de la moitié (18 sur 32) ont plus de soixante ans. Le quart (8 sur 32) est constitué de septuagénaires. Quatre ont plus de quatre-vingts ans. Et l'observation de FORBES FRASER cite une femme de 101 ans.

Il s'agit surtout de personnes porteuses de hernies épigastriques depuis de longues années (31 ans, 28, 27 et 25 chez les malades de MOSCHOWITZ, RIDGWAY, GATEWOOD et notre malade). Tout ceci porte donc à croire que l'âge a une action étiologique manifeste sur toutes les hernies étranglées.

Hernies épigastriques étranglées et grossesse

L'existence de la hernie épigastrique étranglée pendant la grossesse est des plus rares, affirme PATEL. Dans les travaux de SENCERT (1904), dans la thèse de DANJARD (Lyon, 1912), il n'est pas fait mention de cas semblables. Quelle est donc l'influence de la grossesse sur une hernie épigastrique préexistante, puisqu'un axiome affirme l'incompatibilité de l'une et de l'autre ?

« Il arrive très souvent, dit FISCHER, que des hernies qui
« existaient avant la grossesse diminuent, puis disparaissent
« au fur et à mesure que celle-ci évolue. L'utérus augmentant
« de volume, s'élève hors du petit bassin, repoussant les
« anses intestinales, réduisant les anses herniées, s'il y en a,
« comme le fait la main de l'opérateur qui réduit une anse
« intestinale étranglée par la voie intra-abdominale de LAWSON-TRAIT. »

La grossesse semble donc, selon FISCHER, devoir être une condition éminemment défavorable à l'étranglement d'une hernie préexistante. Ceci se manifesterait dès le deuxième mois, pour les hernies inguinales et crurales, après le cinquième pour les hernies ombilicales, et plus tard encore pour les hernies de la ligne blanche sus-ombilicale.

Les hernies irréductibles par adhérences ne rentreront pas; loin de là, le soulèvement du pédicule par l'utérus grévde, pourra devenir une cause de tiraillement, d'étalement, dont l'engouement des parties herniées, puis leur étranglement pourront être la conséquence.

D'autre part, l'inflexion habituelle de l'utérus grévde vers la droite laisse libre la partie gauche de la cavité abdo-

minale où s'amoncellent les anses qui vont peser sur les orifices herniaires déjà élargis par la distension pariétale. Malgré ces réserves, l'ascension de l'utérus reste un phénomène de la plus heureuse influence pour prévenir l'étranglement des hernies en général.

Toutes les causes mécaniques d'étranglement sont aussi favorablement influencées par la grossesse; la distension de la paroi abdominale amène un élargissement de la ligne blanche et de ses orifices, dont les bords s'amincissent, constituant à vrai dire une prédisposition à la sortie de l'intestin, mais diminuant aussi les chances d'étranglement.

Telles sont les raisons de la rareté de l'étranglement herniaire chez la femme gravide, avec les précautions et les ménagements dont elle s'entoure (d'après SENCERT).

Deux observations illustrent cet exposé :

Le cas de M. PATEL, unique dans la littérature médicale; montre que la hernie épigastrique peut s'étrangler pourtant pendant la grossesse. Il s'agit d'une femme de 29 ans, au cinquième mois de la gestation. Après l'intervention, la grossesse continua d'évoluer normalement.

C'est ensuite l'observation de Daniel FABRE : une jeune femme voit se produire chez elle une hernie épigastrique à la suite d'un premier accouchement (diastasis des droits). Une deuxième grossesse est le point de départ d'une augmentation de volume de cette hernie. Une troisième gestation, deux ans après, est interrompue au huitième mois, car la tumeur épigastrique, ayant acquis les dimensions d'une tête de fœtus, gêne l'accommodation.

Que conclure de tous ces faits ? Devons-nous les interpréter comme des exceptions ? Devons-nous au contraire

en constituer les bases d'une argumentation s'opposant à la théorie de SENCERT ?

La pauvreté de la littérature médicale quant aux observations des hernies épigastriques étranglées en rapport avec la grossesse ne permet pas de poser des conclusions valables.

Causes prédisposantes

On admet actuellement que la cause fondamentale la plus banale de la production d'une hernie épigastrique est l'existence d'une prédisposition congénitale. En somme, ne fait pas une hernie épigastrique qui veut. « Le rôle de cette malformation anatomique congénitale apparaît aujourd'hui incontestable : les conditions embryologiques de fermeture de la paroi sus-ombilicale expliquent la grande fréquence des hernies de cette région, comparativement à celles de la région sous-ombilicale, qui sont très rares ». (1).

Il est fréquent de signaler, chez un même malade, l'existence de plusieurs hernies (vide supra, hernies congénitales). Dans l'observation inédite de M. le Docteur GUIBAL, nous présentons un malade atteint à la fois de hernie épigastrique et de hernie inguinale double. Il serait facile de multiplier les exemples de ce fait d'observation courante.

Retenons donc cette faiblesse de la paroi qui constitue une prédisposition qui domine la question de l'étiologie des hernies, même accidentelles.

Un autre facteur de production de hernies épigastriques a été invoqué par LUCAS-CHARBONNIÈRE, sur laquelle

(1) PATEL.

le Professeur PATEL a insisté beaucoup : le rôle de la graisse péritonéale. Il est incontestable que l'obèse est, plus que quiconque, sujet aux hernies et à leur étranglement. Nos observations sont probantes à ce sujet (cas de Max SEBBA, CHARBONNEL et BRAU TAPIE, MASSÉ, GUTMAN, CHAUVENET, CHEVEREAU). Nous n'y insisterons pas davantage : nous venons d'en parler au chapitre de la pathogénie.

Signalons toutefois l'importance de ce tissu adipeux sous-péritonéal dans l'étranglement de la hernie : cette graisse fluide à la température du corps favorise la progression des anses intestinales dans le sac herniaire au cours d'un effort ou d'une augmentation de pression abdominale.

Cette surpression intra-abdominale explique l'importance des tumeurs de l'abdomen et des grossesses répétées (observation de GATEWOOD : femme ayant eu dix accouchements). Le cas récent de MM. LOEPER, DE SEZE et LEROY invoque le même mécanisme : il s'agit d'un malade atteint de cirrhose hépatique avec ascite. Il présente de plus une hernie épigastrique réductible à son entrée à l'hôpital; cependant, l'examen montre que, à certains moments (efforts du malade pour tousser, pour se mettre assis), la hernie exagère son volume et que la peau, à son niveau, s'amincit d'une façon inquiétante, devient transparente et violacée, au point de faire redouter la possibilité d'une ulcération. Quelques jours après, l'épanchement ascitique, augmentant de volume, la hernie s'étrangle et nécessite l'intervention. Cette hernie épigastrique s'était formée, au dire du malade, brusquement, au moment où l'ascite avait nécessité une première ponction (cinq mois avant l'intervention). Il est hors de doute que la seule augmentation de pression intra-abdominale, chez un sujet taré, aura provoqué l'apparition de la hernie, puis son étranglement.

Causes déterminantes

L'étiologie des hernies épigastriques se résume, selon FABRE, à deux mots : effort et traumatisme.

C'est d'ailleurs ce qui explique leur fréquence chez l'homme. L'influence professionnelle est indéniable ; la hernie épigastrique se voyant surtout chez les ouvriers qui, par leur profession, sont obligés à des efforts constants et intenses. Les hernies traumatiques succèdent à des contusions limitées de l'abdomen : la déchirure de l'aponévrose peut se faire, ou bien à la suite d'une chute, faisant porter la paroi abdominale sur une saillie plus ou moins aiguë, ou bien par l'action de s'étirer, les bras élevés, et en général tous les mouvements capables de mettre le tronc en hyperextension.

D'autre part, la tension brusque pendant les accès de toux (coqueluche chez l'enfant), et, en général dans toutes les affections aiguës et chroniques. On note fréquemment des cas de hernie épigastrique chez les emphysémateux.

On sait maintenant, que si l'on excepte certains cas directs évidents, tels celui de KEHN (1), ces efforts violents et constants des manouvriers n'agissent qu'en tant qu'occasion, et ne suffisent pas, à eux seuls, à la production d'une hernie épigastrique.

Ce qui nous porte à conclure qu'il n'y a pas — sauf exception rarissime — de causes déterminantes de hernie

(1) Cet auteur cite le cas d'un employé de tramway qui reçut brusquement dans l'épigastre la manette de mise en marche de son véhicule. Une hernie se produisit aussitôt par rupture de la ligne blanche (*in* thèse KERZREHO).

épigastrique, et que seule la prédisposition explique la presque totalité de ces dernières.

Si l'effort ne peut causer une hernie épigastrique, il peut causer, par contre, son étranglement. La malade de RIDGWAY a étranglé sa hernie en déplaçant un meuble lourd. Celle de POTHERAT, au cours de son troisième accouchement. Celui de DANFORTH, après une bronchite s'accompagnant de fortes crises de toux. Celle de MASSÉ, au cours d'un effort violent. Il nous paraît inutile de multiplier les exemples.

SYMPTOMATOLOGIE ET EVOLUTION

L'ensemble des symptômes d'un étranglement de hernie épigastrique est absolument identique à celui de toutes les hernies étranglées.

La plupart du temps, il se constitue une strangulation lente et insidieuse, et les signes physiques capables d'en déceler la présence passent quelquefois inaperçus.

Les symptômes fonctionnels seuls, parce qu'ils sont intenses, attirent l'attention du médecin et peuvent parfois égérer son diagnostic, en particulier chez les malades où la tumeur est cachée par une couche adipeuse très épaisse.

PERIODE DU DEBUT.

Le plus souvent, on a affaire à un malade porteur d'une hernie épigastrique réductible, peu ou moyennement douloureuse depuis un certain temps. Brusquement, à la suite d'un effort qui a pu être minime, la hernie s'est tendue, le malade a ressenti en même temps une vive douleur à l'épigastre, et la hernie est soudain devenue irréductible. Ce début brusque peut être marqué par des vomissements. Dans nos observations, le cas le plus typique est celui du laboureur de GATEWOOD, qui se plaignait d'une douleur vive, constante, au niveau de sa hernie devenue irréductible, qui avait des vomissements continuels, alors que sa hernie, qui datait de son enfance, ne l'avait jamais inquiété, et il avait quarante ans !

Beaucoup plus souvent, on note dans l'histoire du malade un certain nombre de crises caractérisées par de la douleur, une augmentation de volume de la tumeur, son irréductibilité temporaire, quelquefois, mais rarement, des vomissements et un arrêt des gaz et des matières. Très vite, cette crise se résoud, et, en 24 heures, tout rentre dans l'ordre. Le malade n'accuse guère qu'une légère augmentation de volume de sa tumeur. Telle était la malade de MASSÉ, porteuse d'une hernie épigastrique depuis dix années, et qui, de temps à autre, présentait de ces crises, calmées par des compresses chaudes et une légère pression. En quelques heures, tout accident avait disparu.

C'est aussi le cas de notre malade : depuis « un quart de siècle », selon sa propre expression, il était porteur d'une hernie épigastrique. Et cette dernière lui donnait de fréquents ennuis. Assez régulièrement — en moyenne une à deux fois par mois, avec des intermittences — il était sujet à des crises absolument comparables à celles dont souffrait la malade de M. MASSÉ, mais avec ceci de particulier que chaque crise était accompagné de vomissements alimentaires. Cet état avait été supporté par le malade pendant plusieurs années. Il avait acquis une certaine expérience dans la réduction de sa hernie et il pratiquait lui-même, au moment de ses crises douloureuses un taxis qui écartait momentanément tout danger. Cependant, la fréquence de ces accidents, et l'augmentation progressive du volume de la tumeur firent qu'un beau jour, notre malade, âgé alors de 74 ans, se décida à demander la cure radicale de sa hernie. Le Docteur GUIBAL consulté hésita à pratiquer la kélotomie chez un sujet âgé, taré, et dont l'état général était mauvais.

PERIODE D'ETAT.

Comme nous venons de le constater, c'est le plus souvent après un nombre variable de crises douloureuses, et seulement lorsque la tumeur a acquis de ce fait un volume relativement considérable (d'une noisette à la période de début à une grosse orange ou à une tête de fœtus à la période d'état) que le véritable étranglement survient. Malgré les moyens habituellement employés, et qui, normalement, réussissaient à tout faire rentrer dans l'ordre (cataplasmes ou vessie de glace), l'irréductibilité persiste, l'arrêt des matières et des gaz est absolu, les vomissements sont la règle. Ils sont abondants et répétés, l'état général s'altère rapidement.

Le médecin n'assiste pour ainsi dire jamais au début brutal de l'étranglement. Le malade, que des crises d'engouement ont instruit, a déjà essayé de conjurer le mal et d'éviter, avec l'arrivée du médecin, cette épée de Damoclès que représente toujours une intervention sanglante.

Le praticien est, en général, appelé de vingt-quatre à quarante-huit heures après le début de l'étranglement. Un fait intéressant est à noter ici : le temps qui s'écoule entre les premiers accidents et l'intervention est en rapport, dans une certaine mesure, avec le contenu du sac herniaire. En effet, une strangulation au niveau de l'intestin grêle, donne lieu à une symptomatologie brutale et dramatique : vomissements précoces, état général rapidement touché. Les observations de RIDGWAY (premier et deuxième cas), de DUJARRIER et BERGER, de GATEWOOD sont probantes à ce sujet. Mais l'intervention est ici précocement pratiquée,

dans des conditions relativement bonnes et la guérison est la règle.

Il n'en est pas de même si l'étranglement a touché le colon transverse : le syndrome s'accompagne rarement de vomissements pendant les premiers jours, mais prend une allure torpide, sans grande importance aux yeux du malade qui se croit simplement atteint d'embarras gastro-intestinal.

Deux observations montreront avec évidence ces faits. Celle de POTHERAT (*in* thèse FABRE) : il s'agit d'une femme de 39 ans, sujette à des crises douloureuses au niveau d'une hernie épigastrique ancienne. La dernière crise remonte à un mois. La malade est prise brusquement de douleurs au niveau de la région épigastrique avec arrêt des gaz et des matières. Les vomissements apparaissent deux jours avant son entrée à l'Hôpital, au sixième jour. L'état général est profondément altéré, le pouls est filant; la malade présente une dyspnée toxémique. Elle succombe après l'intervention.

L'observation de CHEVEREAU est aussi intéressante : le malade, âgé de soixante ans, est opéré au douzième jour de son étranglement. Au huitième jour seulement, après quelques nausées et régurgitations insignifiantes, le patient présente son premier vomissement. D'autres suivent, rapidement fécaloïdes. Le ventre se ballonne, la faciès se grippe, devient terreux. Le malade est adynamique, choqué. Son pouls bat à 104, sa température ne dépasse pas 37°5. L'intervention révèle, comme dans le cas précédent, la présence du colon transverse dans le sac herniaire étranglé. La guérison s'obtient après injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique.

Le symptôme qui semble le plus constant et le plus précoce n'est pas, comme on pourrait l'imaginer, la douleur. Elle est souvent vive, mais on peut observer tous les degrés d'accidents, depuis les douleurs irrégulières et intermittentes, siégeant au creux épigastrique, jusqu'aux névralgies abdominales incessantes : crampe douloureuse pouvant simuler une affection gastrique, s'irradiant aux hypochondres, aux parois abdominale ou thoracique, prenant la forme de véritables douleurs en ceinture.

Il en est de même des troubles digestifs : on peut constater soit de simples malaises qui suivent l'ingestion des aliments, soit encore des vomissements alimentaires, bilieux et fécaloïdes.

L'arrêt des matières et des gaz est en général absolu : il constitue alors un symptôme d'une grande valeur diagnostique. Seul, il est pathognomonique. Mais souvent il est mal interprété par le malade qui y voit l'exagération d'une constipation habituelle et n'en est nullement inquieté.

L'interrogatoire lui ayant révélé tous ces symptômes, le médecin procède alors à l'examen du malade.

A l'inspection, il constate l'existence, le long de la ligne blanche sus-ombilicale, d'une tumeur de volume variable, La peau qui recouvre la tuméfaction est chaude et rouge, pouvant simuler une plaque d'érysipèle (MOSCHOWITZ); elle peut même être noirâtre (RIDGWAY).

A la palpation, cette tumeur est dure, résistante à la main, tendue, sensation toute différente de celle que donne une hernie non étranglée qui est molle, et cède sous la pression.

De plus, elle est arrondie ou globuleuse, douloureuse à la pression — la douleur est surtout vive au collet et —

fait important — sa réintégration dans l'abdomen est impossible : c'est ce qui constitue son irréductibilité.

L'impulsion à la toux et à l'effort est négative.

La percussion est douloureuse; elle révèle en général de la matité due à la présence du liquide dans le sac. Cette matité peut parfois être remplacée par de la sonorité produite par les anses intestinales sous-jacentes, ou encore, dans le cas de gangrène, par la formation de gaz à l'intérieur du sac.

Cette tuméfaction ne se différencie, en somme, en rien, à son siège près, des autres hernies étranglées. Voyons quelle en est l'évolution.

EVOLUTION.

Si l'étranglement est abandonné à lui-même, tous les signes fonctionnels persistent ; l'arrêt des gaz et des matières reste complet ; le ventre devient tendu, ballonné, les vomissements se succèdent à de courts intervalles, les inspirations deviennent fréquentes, le pouls est à peine perceptible, les extrémités se refroidissent, et la mort survient peu de temps après par intoxication générale ou par péritonite généralisée.

L'intestin, envahi par la gangrène, laisse les liquides septiques du sac s'épancher dans le péritoine, et, si des adhérences n'ont pu se former, le contenu intestinal pourra se déverser dans la cavité abdominale.

Toute cette description peut paraître inutile : le traitement d'urgence, sur lequel nous reviendrons, permet d'observer une évolution à pronostic bien meilleur et à mortalité

relativement très minime. L'avenir de ces opérés est généralement excellent, et, dans les observations que nous avons pu réunir, nous avons relevé trois décès seulement sur trente deux interventions graves.

DIAGNOSTIC

La variabilité des symptômes des hernies épigastriques rend souvent difficile le diagnostic de l'étranglement parmi certaines formes compliquées.

Chez quelques malades, seuls les signes physiques attirent l'attention, et le médecin constate dès l'abord, l'existence d'une énorme tumeur sus-ombilicale.

Dans certains cas, ce sont au contraire les symptômes fonctionnels qui dominent : douleur, vomissements, arrêt complet des matières et des gaz.

Enfin, et heureusement souvent, un ensemble de signes physiques et fonctionnels répond au tableau de cet accident.

Nous envisagerons trois grandes divisions dans l'étude des différents cas pour lesquels un étranglement a été supposé ou diagnostiqué :

1° La tumeur n'est pas une hernie épigastrique.

2° Le malade est bien porteur d'une hernie, mais les phénomènes qu'il présente ne sont pas imputables à un étranglement vrai.

3° La tumeur herniaire échappe à l'examen.

1. — La tumeur n'est pas une hernie épigastrique

Les hernies épigastriques ne sont pas toutes douloureuses. La plupart des auteurs considèrent même cette forme assez rare, et la décrivent avec ses seuls signes physiques.

Or, il existe des tumeurs graisseuses de la région sus-ombilicale n'ayant aucune connexion avec le péritoine, et qui simulent une hernie: ce sont de petits lipomes bien limités. Ils ont été signalés par TARTRA, et BIGOT les a bien décrits dans sa thèse de Paris (1821) (1). Ces tumeurs peuvent même donner parfois le tableau d'une hernie étranglée. SCARPA relate qu'ayant pratiqué une opération dans un cas où ce diagnostic avait été porté, il n'a trouvé qu'une tumeur graisseuse, complètement indépendante du péritoine. CAYOL cite, à ce propos, dans le *Traité des Hernies de Scarpa*, une observation analogue chez un homme porteur d'une tumeur dans la région épigastrique qui, brusquement, augmenta de volume; devint douloureuse, irréductible, s'accompagnant de vomissements. On pratiqua une intervention d'urgence qui montra une masse graisseuse sans connexion péritonéale. MM. LOEPER, de SÈZE et LEROY ont fait la critique de plusieurs observations, publiées par WEISINGER (2), et pensent que cet auteur a étiqueté hernies épigastriques étranglées, deux lipomes douloureux de la région sus-ombilicale.

Pour parvenir au diagnostic de ces tumeurs, il faut, au moyen d'une palpation soigneuse, rechercher la consistance lobulée, grenue du lipome; il faut constater son irré-

(1) In thèse ROUSSEAU, Bordeaux, 1923-1924, N° 111.

(2) Cf. Observations, N° 1.

ductibilité absolue, l'absence de tout pédicule, etc.; enfin, si l'on croit à un étranglement, l'étude des signes fonctionnels réduits à la simple douleur dans ces cas-là.

En telle circonstance, le malade devra être suivi attentivement et, si le diagnostic paraît mieux se confirmer, une intervention doit toujours être pratiquée, car elle résout un problème difficile. En effet, la complexité de la question réside en ceci: est-on en présence d'une tumeur graisseuse sans connexion avec le péritoine, ou bien d'un lipome pré-herniaire obstruant l'orifice et n'ayant pas encore progressé, ou encore d'une hernie graisseuse simple, avec une ébauche de diverticule péritonéal ? L'opération, dans ces trois cas sera d'un précieux secours.

Nous devons signaler également qu'un abcès de la paroi siégeant dans cette région peut simuler une hernie étranglée (GATEWOOD). Les signes généraux de cette affection, l'absence de vomissements et de troubles intestinaux contrastent avec l'intensité des phénomènes locaux et fixent le diagnostic.

Il en est de même des phlegmons sus-ombilicaux de HEURTEAUX, développés en plein muscle droit, consécutifs ou non à un hématome suppuré. Il n'y a ici aucune connexion péritonéale, et l'origine — souvent une suppuration viscérale — en est connue à l'avance. La collection purulente tend à se faire jour vers la peau. Comme dans le cas précédent, les signes cardinaux des suppurations localisées feront le diagnostic.

Le phlegmon biliaire, collection suppurée péri-vésiculaire constitue également une tumeur épigastrique. Le siège de la tuméfaction et de la douleur, les antécédents du malade

(crises de cholécystite ou de coliques hépatiques, absence d'arrêt des matières et des gaz, etc...) établiront la certitude.

II. — Dans cette deuxième partie, nous étudierons les accidents présentés par certains malades porteurs de hernie épigastrique, et leurs rapports avec l'étranglement vrai.

1° FORMES AIGUES, PASSAGÈRES DES HERNIES ÉPIGASTRIQUES DOULOUREUSES

Il est des cas où la tumeur est peu volumineuse, difficilement appréciable à la palpation. Ces faits sont évidemment assez rares, mais non exceptionnels.

Les malades se présentent avec le tableau clinique suivant: douleurs brutales (variant à l'extrême comme intensité), vomissements alimentaires, généralement isolés et passagers, tumeur douloureuse, mais minime, durée relativement courte, de la crise.

Ces formes sont relativement faciles à différencier de l'étranglement, où la marche de l'accident est sans accalmie, continue et progressive, où les vomissements cessent rapidement d'être alimentaires. où des symptômes nouveaux surgissent: arrêt des gaz et des matières, douleurs de plus en plus intenses, faisant redouter au malade tout contact et toute palpation.

M. PATEL attribue à trois causes les douleurs survenant au niveau de ces hernies minimes:

a) Au lipome sous-péritonéal qui se comporte comme un tubercule sous-cutané douloureux et hypersensible;

b) Au ligament rond tirailé, amenant la tension du ligament facillforme, avec possibilité de mouvement de bascule du foie;

c) A une affection organique, gastrique surtout, concomitante. Nous envisagerons plus loin cette étude.

L'observation des mêmes phénomènes peut se faire chez les malades porteurs de hernie plus volumineuse. Cette dernière augmente de volume pendant quelques jours, devient plus douloureuse que précédemment, et oppose quelque résistance à la réduction. Au bout de quelques heures généralement, tout s'apaise et rentre dans l'ordre.

Dans d'autres cas, l'augmentation de volume est plus rapide, la douleur plus intense, les vomissements apparaissent; il y a irréductibilité temporaire seulement, car, avec du repos et des soins locaux, on arrive à la sédation des symptômes.

Cette description rappelle bien le tableau de l'engouement.

Dans cet accident certains auteurs ont insisté sur la consistance anormale de la tumeur (signe bien fragile quand elle est difficilement palpable ou distendue par les gaz) et sur l'indolence de la hernie.

Que faut-il penser de ce dernier symptôme établi pour les autres variétés indolores, et quelle est sa valeur dans les hernies épigastriques normalement douloureuses ? Ne pouvant résoudre ce problème, nous dirons, comme NAU, qu'il est dangereux de tirer de ces données des indications thérapeutiques et qu'on ne se repentira jamais d'avoir admis que l'engouement évolue cliniquement comme l'étranglement et doit être traité comme tel: immédiatement.

Citons à l'appui de ce développement théorique l'exemple de notre malade: depuis plusieurs années, il présentait des crises douloureuses réveillées par la palpation de sa hernie ou par quelque effort anormal: douleur intense, vomissements alimentaires, constipation simulant un arrêt des matières, parfois diarrhée. Et c'est au cours d'un épisode semblable que l'étranglement survint.

2° LE PINCEMENT LATÉRAL

GERMA en donne la définition suivante: « C'est un véritable étranglement partiel et permanent de l'intestin, laissant libre une partie plus ou moins grande du calibre de ce conduit ».

Opposons lui l'opinion de VERNET: « C'est un phénomène accidentel et transitoire qui n'intéresse tout au plus que les tuniques de l'intestin, sans en diminuer à aucun degré le calibre ».

Ces deux conceptions ne sont d'ailleurs que la description d'une même affection, à un degré plus ou moins avancé de son évolution.

Nous pouvons alors nous poser cette question: le pincement latéral doit-il être considéré comme une variété de hernie étranglée, ou doit-il être séparé de l'étranglement?

Notons tout de suite que, si le pincement n'est parfois qu'un état accidentel, ou transitoire, il est plus souvent la première étape d'un étranglement quand il n'est pas réduit ou irréductible; aussi doit-on le considérer comme tel dans les cas où il est définitivement constitué.

L'observation de MM. A. FOLLIASSON et HERAUD nous en donne un exemple: il s'agit d'un malade de 78 ans, igno-

rant l'existence de sa hernie et qui, au milieu d'une nuit, ressent brutalement de violentes douleurs à siège péri-ombilical. Les vomissements sont immédiats, alimentaires d'abord, puis bilieux. Mais, fait intéressant à noter, il y a arrêt complet des gaz et des matières. L'intervention amène au diagnostic de pincement et coudure du côlon transverse.

Ceci nous montre que, parfois, le pincement latéral offre un tableau clinique calqué sur celui de l'étranglement vrai, au point que le chirurgien pense intervenir pour strangulation. Il est donc permis de considérer le pincement latéral comme la forme intermédiaire entre la hernie douloureuse et la hernie étranglée. Quant à la conduite à tenir dans ce cas, elle est simple: l'intervention d'urgence, car ici les accidents de gangrène sont souvent plus rapides que dans l'étranglement total.

3° L'ÉTRANGLEMENT SYMPTOMATIQUE

Si le diagnostic entre hernie épigastrique douloureuse et ulcère de l'estomac est important à faire pour certains cas douteux, nous ne croyons pas inutile de le reprendre avec l'étranglement.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'étranglement d'une hernie, quelle qu'elle soit, peut être symptomatique d'une lésion sous-jacente plus importante. La thèse de PIANA (1), élève de TIXIER, cite vingt cas de syndrome d'étranglement herniaire concomitant à une affection bien différente: appendicite, cancer de l'« S » iliaque, torsion de kyste de l'ovaire, torsion intra-abdominale de l'épiploon, ulcère

(1) Lyon, 1932, N° 78.

perforé de l'estomac, empyème vésiculaire, néoplasme du rectum, hypertrophie prostatique, etc...

Avant lui, ERTAUD, dans sa thèse, avait publié l'observation d'un malade chez qui le diagnostic de hernie épigastrique étranglée fut porté, et qui présentait un carcinome de l'intestin et du pancréas. Un travail de DUNAN traite également ce sujet (1).

Citons, de notre côté, l'observation de MM. CREYSSEL et ARNULF. Il y est question d'un homme de 34 ans qui vient à l'hôpital et se plaint de vomissements et de douleurs épigastriques. Le jour précédent, à l'occasion de l'ingestion d'une boisson, il a ressenti une douleur sus-ombilicale intense qui a persisté toute la journée, et s'est accompagnée de quelques vomissements. Son état général est excellent. Pouls et température normaux. L'examen de l'abdomen révèle l'existence d'une hernie épigastrique à droite de la ligne blanche, ignorée du malade, dont le volume est celui d'un œuf de pigeon, dure, tendue, douloureuse, irréductible. Il n'y a pas de contracture de la région péri-ombilicale.

L'intervention montre la présence d'intestin grêle dans le sac herniaire. Mais les auteurs, dont le diagnostic, étant donné le début de l'affection, admettait la possibilité d'une lésion gastrique, vérifient l'estomac au cours de l'opération. Ils y découvrent un orifice punctiforme à l'emporte-pièce, laissant sourdre quelques gouttes de liquide gastrique, ce qui signe le diagnostic d'ulcère.

Notons ce fait intéressant : aucune contracture de la

(1) Thèse de doctorat : *Les signes de la hernie épigastrique douloureuse, symptomatique de néoplasme abdominal.*

région péri-ombilicale. Ce symptôme, pourtant constant dans toute perforation viscérale, manque précisément dans ce cas, où sa présence aurait éveillé l'attention du chirurgien sur la possibilité d'une affection autre qu'un étranglement.

Bref, il est bon qu'une intervention sur une hernie étranglée ne se borne pas à lever purement et simplement l'agent de la striction. La notion d'étranglement symptomatique doit être toujours présente à l'esprit de celui qui, d'urgence, pratique une kélotomie.

III. — La tumeur herniaire échappe à l'examen

Il est des hernies dont le volume peut être suffisamment minime pour n'être ni visibles, ni palpables.

Une récente publication de M. BARDESCO (1) insiste spécialement sur point. L'auteur cite plusieurs observations probantes de hernies épigastriques occultes, se manifestant uniquement par des troubles dyspeptiques. En particulier, l'observation n° VIII de ce long article rapporte un cas intéressant au possible: un malade, présentant tous les signes cliniques d'un étranglement interne, est opéré d'urgence. L'ouverture de l'abdomen ne montre aucune lésion intestinale ou viscérale. L'opérateur, trouvant un sac herniaire épigastrique minime, le resèque, et conclut que le tableau dramatique observé avant l'intervention était la conséquence d'un pincement latéral spontanément réduit

(1) *Revue de Chirurgie*, 1934, N° 8. Sur la hernie épigastrique occulte, par M. BARDESCO (Bucarest).

sous l'anesthésie générale (observation publiée dans la thèse de JONESCO, Bucarest).

C'est dans cet ordre d'idées que LEMIERRE, insistant sur les signes généraux des hernies épigastriques, disait qu'en pareilles circonstances, si l'examen physique était négatif, il fallait faire le diagnostic de hernie avec les seuls phénomènes fonctionnels qu'elle présentait, et qui, dans ces cas, passent au premier plan.

L'observation de GATEWOOD est démonstrative à ce sujet: sa malade présente deux hernies épigastriques: l'une est visible et volumineuse, l'autre échappe à l'examen. Tous les signes fonctionnels de l'étranglement complètent le tableau clinique. L'intervention s'effectue naturellement sur l'unique hernie observée: son contenu déçoit l'opérateur. En effet, il ne s'y trouve que de l'épiploon adhérent. Une recherche minutieuse amène la découverte d'un pincement latéral du côlon transverse dans un anneau d'un centimètre de diamètre, différent du premier.

Concluons: le syndrome d'occlusion intestinale a, seul, une valeur pathognomonique. L'examen physique, s'il est négatif, ne doit jamais écarter d'emblée l'hypothèse d'un étranglement herniaire. Au cours de l'intervention, une exploration très attentive de la ligne blanche et de ses interstices sera nécessaire.

TRAITEMENT

Le diagnostic de hernie épigastrique étranglée impose l'intervention d'urgence. Deux facteurs impliquent cette rapidité, lorsqu'il y a un viscère hernié:

1° La toxémie qui succède à l'interruption du cours des matières et des gaz, et qui retentit rapidement sur l'état général en choquant le malade;

2° La nécessité de préserver la vitalité des tissus contenus dans le sac herniaire, et dont la resection, s'il s'agit d'intestin, aggrave considérablement le diagnostic.

Choix de l'anesthésie

Ce choix doit être considéré comme une partie importante de l'intervention. En effet, en présence de sujets âgés, plus ou moins intoxiqués, on ne saurait apporter trop de soins à la décision qui précédera l'acte opératoire proprement dit.

L'anesthésie générale par inhalation est rarement opportune: les malades sont souvent des obèses, des emphysémateux, des bronchitiques chroniques enclins aux complications pulmonaires post-opératoires. D'autre part, il ne faut pas oublier que toute intervention dans la région sus-ombilicale entraîne, avec un blocage thoracique dû à la douleur, des congestions pulmonaires fréquentes.

Dès lors, l'anesthésie locale ou régionale sera préférée à toute autre méthode: d'ailleurs, la presque totalité des observations recueillies la mentionne.

D'autre part, il sera bon d'utiliser aussi les associations d'anesthésiques : génoscopolamine-morphine, par exemple. Leurs avantages sont réels: le malade ne présente aucune angoisse dans le moment qui précède l'intervention; l'acte opératoire est, d'autre part, facilité dans son exécution s'il s'agit d'anesthésie locale. Enfin, dans les cas où l'anesthésie générale aura été instituée, l'application de cette méthode permettra de diminuer sensiblement la dose de l'anesthésie inhalé, et donnera un réveil calme, la douleur au niveau de la cicatrice opératoire se manifestant tardivement et très progressivement.

Incision cutanée

Elle peut se faire sur la ligne médiane, en passant par la région herniée.

C'est la technique que nous trouvons décrite dans l'observation de MM. MOURE et BARRAYA. L'étranglement intéresse le ligament rond, et la tumeur a un volume minime; le diagnostic écarte l'hypothèse d'une entérocele. L'incision ne risque pas de blesser une anse distendue sous des téguments amincis; on gagne du temps, et on se donne un grand jour.

Bien différente est la méthode employée dans l'observation de MASSÉ et dans le cas que nous rapportons: la hernie est ici volumineuse, à contenu viscéral. La voie d'abord est l'incision elliptique transversale, la technique décrite par CONDAMIN, appliquée aux hernies ombilicales. On respecte

ainsi l'intégrité du sac; on obtient de plus une vue par dessous la tumeur, ce qui facilite la recherche du collet du sac et son débridement ultérieur.

Dissection de la tumeur herniaire et débridement de l'agent d'étranglement

Une dissection aussi complète que possible permet de se rendre compte des connexions externes du sac avec les plans fibreux en particulier.

Ensuite, on dégage l'anneau avec une collerette étroite d'ailleurs, de paroi abdominale. On peut alors extérioriser en bloc la hernie et se rendre compte, par dedans, des organes qui y sont étranglés. Il est à ce moment possible, en quelque sorte, de dedans en dehors, de la périphérie vers le centre de la hernie, de lever l'agent d'étranglement qui est, en général, un anneau fibreux appartenant à l'aponévrose de la ligne blanche.

Une autre technique est applicable : on ouvre préventivement le sac, et on va chercher, du bout de l'index, l'anneau de striction dont on pratique la section sur le doigt. On peut alors attirer au dehors, par l'orifice herniaire agrandi, les organes herniés qu'il faut traiter.

Traitement des organes herniés

L'épiploon est toujours plus ou moins adhérent. Un bon procédé consiste à ne pas s'attaquer à ce qui adhère, mais à pénétrer en zone libre, dans l'abdomen si cela est nécessaire et au delà du sac; on extériorise ensuite et on resèque.

Les autres organes, intestin grêle, côlon transverse ou estomac, sont traités, ici, comme dans les autres étranglements. Cette suggestion sort en effet du cadre particulier des hernies épigastriques pour entrer dans celui, plus large, des complications générales des hernies.

Cure radicale

Il est indispensable, pour prévenir une récurrence possible de la hernie, de réséquer systématiquement le ligament rond: le rôle important de cet élément dans la pathogénie des hernies épigastriques, démontré par de récentes communications à la Société de Chirurgie, implique un traitement rationnel: la resection du ligament rond au cours de la cure radicale de toute hernie épigastrique.

Il faudra ensuite refermer et refaire la paroi, soit en taillant des lambeaux aponévrotiques dans la gaine des droits et en les rabattant sur la ligne médiane (PRINCE-TEAU), soit en faisant chevaucher les bords internes des droits (SAVARIAUD), soit en abaissant, comme un rideau, la portion supérieure de l'orifice herniaire au devant de ce dernier (MAYO).

Une bonne technique devra consister en une suture totale de la paroi. Après ouverture des gaines des droits de part et d'autre de l'orifice herniaire agrandi vers le haut et vers le bas, on charge sur une aiguille la lèvre droite de la plaie pariétale, comprenant l'aponévrose antérieure du muscle, quelques fibres musculaires du bord interne du droit, l'aponévrose postérieure et le péritoine, puis la lèvre gauche (péritoine, aponévrose postérieure, muscle et aponévrose antérieure); en d'autres termes, tous les plans sauf la peau.

Les points ainsi pratiqués sont espacés de un centimètre à un centimètre et demi, environ. Le matériel employé sera du fil non résorbable.

La peau sera ensuite affrontée avec des agrafes ou des crins. Il ne sera pas inutile de terminer par un pansement légèrement compressif.

Quant aux soins post-opératoires, ils ne diffèrent en rien de ceux pratiqués au cours de toutes les interventions pour occlusion.

CONCLUSIONS

1. Dans la littérature médicale, nous avons relevé trente-deux cas (1) de hernie épigastrique étranglée. C'est donc une complication rare d'une affection elle-même peu fréquente: la hernie épigastrique. Il semble que cette complication, par rapport à l'ensemble des hernies épigastriques, survienne surtout chez la femme. Elle se produit presque uniquement dans la seconde moitié de la vie, et surtout chez les vieillards.

2. Cette hernie, constituée à travers les orifices de la ligne blanche sus-ombilicale, est généralement réduite à un lipome. L'existence d'un sac véritable ne se rencontre que dans 15 à 20 % des cas. Il peut contenir de l'épiploon, de l'intestin grêle ou du côlon, très rarement de l'estomac.

3. Dans la constitution des hernies entrent en ligne de compte la faiblesse congénitale de la paroi, la texture de la ligne blanche fissurée et moins solide au-dessus de l'ombilic qu'au-dessous, la fluidité de la graisse prépéritonéale, le développement du fascia umbilicalis et le trajet du ligament rond.

4. Le début de l'étranglement revêt une double symptomatologie: tableau clinique dramatique d'emblée s'il s'agit

(1) En ne tenant pas compte des observations publiées par WEISINGER.

d'étranglement intestinal; allure plus torpide et moins brutale si la strangulation intéresse seulement l'épiploon.

5. Le seul traitement de la hernie épigastrique étranglée est la kélotomie épigastrique. Les résultats sont excellents. Le chirurgien ne doit jamais oublier de vérifier l'intégrité des viscères intra-abdominaux, et songer toujours à la possibilité d'un étranglement symptomatique.

6. La cure radicale de toute hernie épigastrique comportera la resection systématique du ligament rond du foie, dont l'importance a été, tout récemment encore, remise en valeur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

WEISINGER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*,
in These FABRE, Paris, 1911-1912.)

Il s'agissait d'une hernie de la ligne blanche, du volume d'une noisette. Elle s'était produite brusquement chez un jeune homme de 18 ans, et la réduction n'avait pu être obtenue. A l'opération, on trouva une anse grêle étranglée, de coloration bleu-rougeâtre qu'on put néanmoins rentrer dans l'abdomen.

N. B. — Il nous a paru bon de noter que, dans l'observation que MM. LOEPER, de SÈZE et LEROY relatent dans le *Progrès Médical* du 3 août 1929, il est établi que WEISINGER a publié trois cas de hernie épigastrique étranglée, dont aucun ne serait probant. Il s'agirait, d'après LOEPER, de SÈZE et LEROY, dans deux cas de WEISINGER, de lipomes infectés et, dans le troisième cas, d'une hernie de la ligne blanche sous-ombilicale à contenu stomacal.

OBSERVATION II

LATARJET et ADENOT (*Lyon Médical*, 1904, page 975,
in Thèse LAFFITTE, Toulouse, 1926-1927, n° 38)

La malade, âgée de 20 ans, présente une très vieille histoire de hernie épigastrique étranglée, survenue à l'âge de trois mois. La hernie s'est sphacélée, et secondairement ouverte à la peau.

Le Docteur GAUTHIER, de Coligny, a vu la malade à l'âge

de un an; il donne de curieux renseignements. A cette époque, le lait ingéré par l'enfant reparaissait sous forme de grumeaux au niveau de ce véritable anus stomacal. L'évacuation des matières ingérées était minime. La peau était digérée par places. La malade a grandi normalement; la communication avec l'estomac s'est oblitérée et la malade s'alimentant parfaitement n'était plus ennuyée que par cette bouche qui secrétait un liquide clair visqueux. Ce n'est que vingt ans après le début de cette affection que la malade va trouver un chirurgien.

On était bien en présence d'une hernie congénitale épigastrique de l'estomac.

Intervention pratiquée par le docteur ADENOT. Guérison.

OBSERVATION III

Max SEBBA (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, octobre 1909, in Thèse FABRE.)

Femme de 46 ans, ayant une hernie ombilicale depuis dix ans, s'accompagnant de troubles gastriques depuis l'âge de 28 ans, et de constipation chronique.

Depuis trois jours, arrêt complet des gaz et des matières, et ballonnement du ventre. Apparition de vomissements porracés. Quelques jours avant sa crise, la malade a réduit sa hernie comme d'ordinaire.

Examen. — Femme très grasse, très musclée aussi. Ventre ballonné, mais souple. Contracture sus-ombilicale. La région contracturée est mate, sensible à la pression et rouge. A la place de l'ombilic bombe un sac herniaire, mou, gros comme un œuf de pigeon, qui se laisse facilement réduire. Cependant, les vomissements persistent, fécaloïdes. La région sus-ombilicale reste contracturée. Température: 37°; pouls: 112.

On décide d'intervenir. Incision médiane. Pannicule adi-

peux de huit centimètres d'épaisseur. On trouve un sac herniaire sus-ombilical, contenant du liquide sanguinolent et une anse intestinale rouge sombre, avec de l'épiploon couvert de foyers hémorragiques. L'intestin, présentant des sillons d'étranglement avec des taches gangréneuses verdâtres, est reséqué sur douze centimètres, puis réintégré après double suture. On s'occupe ensuite de la hernie ombilicale, qui ne contient qu'un peu d'épiploon adhérent au sac qu'on extirpe et suture. A noter qu'entre la hernie ombilicale et la hernie épigastrique (seule étranglée), se trouve un pont large de trois centimètres, intact. Huit jours après l'intervention, fistule stercorale qui se ferme en sept jours.

Suites normales et guérison.

OBSERVATION IV

RIDGWAY, 1909, *in* Thèse FABRE (Résumé)

C'est une femme de 58 ans, dont la hernie épigastrique date de trente ans, mais n'a jamais été douloureuse.

Cependant, depuis trois jours, les douleurs sont apparues au niveau de sa tumeur brusquement augmentée de volume. L'étranglement s'est effectué à l'occasion d'un effort anormal (déplacement d'un meuble lourd). Le soir: apparition de vomissements. Etat général rapidement mauvais.

Examen avant l'intervention:

Vomissements continuels depuis quinze heures. Sueurs profuses. Puls: 134; température: 97°8 (Fahrenheit).

Tumeur épigastrique entre l'ombilic et le cartilage xyphoïde, du volume d'une orange, tendue, de couleur noirâtre.

Intervention. — Le sac contient un peu de liquide et trois anses grêles adhérentes entre elles, présentant des traces de gangrène. On réintègre les anses intestinales après débride-

ment de l'anneau. Suture des muscles droits à la soie. On ferme la plaie après avoir mis un drain.

Injection rectale de sérum chaud à la malade en état de collapsus, avec un pouls à 160 et 43 inspirations à la minute.

Suites difficiles et longues. Sortie de l'hôpital un mois après. Guérison.

OBSERVATION V

RIDGWAY (*in* Thèse FABRE)

Homme de 60 ans, présentant depuis deux jours des phénomènes douloureux au niveau d'une hernie épigastrique (qu'il a depuis vingt ans), avec vomissements continuels et arrêt des gaz et des matières.

Examen: Pouls: 120; température: 100°4 (Fahrenheit).

Tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, sans modification des téguments. Présence d'une vieille hernie inguinale droite.

Intervention: Incision verticale sur le milieu de la tumeur. Le sac contient un liquide sanguinolent, et une anse du colon transverse, rouge foncé, adhérente au sac. Epiploon intact. Débridement du collet du sac. Réintégration de l'anse colique. Suture en trois plans.

Suites opératoires normales: émission de gaz le lendemain de l'intervention. Selle au bout de deux jours.

Le quinzième jour, crise douloureuse au niveau de la hernie inguinale devenue brusquement tendue, irréductible. Intervention le soir même par un « Bassini » modifié.

Suites normales et guérison.

OBSERVATION VI

RIDGWAY, 1910 (*in* Thèse FABRE)

C'est un cultivateur de 66 ans, porteur d'une hernie épigastrique depuis quarante ans. Cette tumeur mesure sept à huit centimètres de diamètre. Il entre à l'hôpital avec des signes évidents d'étranglement.

A l'intervention, on trouve dans le sac une anse du colon transverse, mesurant à peu près cinq à six centimètres de longueur, et une masse d'épiploon adhérent. L'épiploon est de couleur normale, mais l'intestin est noirâtre. L'épiploon est reséquée. L'intestin est réintégré dans l'abdomen. Suture en trois plans.

Le résultat fut bon; le malade sort guéri de l'hôpital. Cinq mois après, le malade est revu: la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VII

Ch. DUJARRIER et J. BERGER (*Presse Médicale*, avril 1910, *in* Thèse FABRE). Résumé

Ed. C..., âgé de 81 ans, présentant depuis de longues années une nodosité indolente et réductible, de la grosseur d'un pois dans la région épigastrique, entre à l'hôpital parce que sa tumeur est devenue pour la première fois douloureuse. La nuit précédente, douleur au niveau de sa hernie et apparition de vomissements alimentaires.

A l'examen: A égale distance entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, existence d'une tuméfaction grosse comme une prune, arrondie, régulière, rosée, douloureuse à la palpation. Sa consistance est élastique, rénitente; mate à la percussion.

Arrêt des gaz depuis vingt-quatre heures et des matières depuis trois jours. Température normale, pouls à 76. Etat

général excellent. A noter la présence d'une hernie inguinale gauche réductible et d'un gros varicocèle.

Intervention: Sac herniaire épais et résistant, qui contient une anse grêle rouge, congestionnée, sans trace de sphacèle et qui, lavée au sérum chaud, est réintégrée, après agrandissement de l'orifice (qui admettait à peine le petit doigt). Dissection du sac. Suture du péritoine en points séparés au catgut. Réunion de l'aponévrose des droits en un deuxième plan. Suture de la peau par un fil profond.

Suites normales, pas de fièvre. Guérison et sortie au quinzième jour après l'intervention.

OBSERVATION VIII

CHARBONNEL et BRAU TAPIE: double hernie épigastrique étranglée, perforation du Cæcum. (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 26 juin 1910). Résumé (*in* Thèse ROUSSEAU, Bordeaux, 1923-1924, n° 111).

Le malade est un homme de 78 ans obèse, cardiaque, emphysémateux, qui présente depuis plusieurs années une hernie épigastrique augmentant peu à peu de volume avec des poussées douloureuses.

Entré à l'hôpital le 14 janvier 1910, sa hernie était irréductible depuis quatre jours (aucun vomissement, mais arrêt des gaz et des matières). Mauvais état général; pouls à 120, très intermittent.

Examen: Grosse hernie épigastrique du volume d'une tête de fœtus, douloureuse, irréductible et sonore d'autre part. Deuxième hernie très petite, mais douloureuse également. Abdomen énorme, ballonné.

Opération: Le sac contient une partie du côlon transverse avec masses épiploïques adhérentes au sac, Issue de gaz au

moment du débridement de l'anneau. Le côlon transverse est indemne. La petite hernie, opérée à son tour, ne contient que de l'épiploon. On referme la paroi, le malade présentant une adynamie extrême.

Il succombe lentement deux jours après sans avoir vomi; mais l'arrêt des gaz et des matières avait persisté malgré l'introduction d'une sonde et d'une entéroclyse.

Autopsie: Rien de particulier au niveau des régions herniaires (ni gangrène, ni étranglement, ni perforation). Le cæcum, par contre, contenant des scybales énormes et dures, est noirâtre. Ses parois sont amincies et présentent de petites perforations. Malgré ces perforations, on ne constate aucune trace de péritonite généralisée, aucune adhérence.

OBSERVATION IX

POTHERAT (*in* Thèse FABRE)

C'est à la suite d'un accouchement que se produisit chez cette malade, à l'âge de 35 ans, une hernie épigastrique de la grosseur d'une noisette, survenue au dixième jour du post-partum. Elle siège à huit centimètres au-dessus de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane.

A 37 ans, nouvelle grossesse : la tumeur prend alors le volume d'une grosse noix. *

Troisième grossesse à 39 ans. Cette fois, l'accouchement est provoqué à la fin du huitième mois, l'éventration très augmentée de volume gênant beaucoup l'accommodation. La tumeur a continué d'augmenter et se présente, au moment de l'intervention, avec une grosseur comparable à une tête de fœtus à terme. Elle est ovoïde, bosselée, large et haute de seize travers de doigt. L'ombilic est sur le versant gauche de la tumeur. Le percussion révèle alternativement de la sonorité et de la matité.

Depuis un mois, chaque jour, la malade a des vomisse-

ments. L'éventration est douloureuse depuis huit jours. Les vomissements deviennent noirâtres. La tumeur est tendue, irréductible; le pouls est rapide. Arrêt complet des gaz et des matières. La malade présente de la dyspnée, et son pouls devient incomptable.

Intervention: Le sac contient le grand épiploon hypertrophié, rougeâtre et presque la totalité du côlon transverse. L'orifice herniaire a un diamètre de quatre travers de doigt. Le collet et l'épiploon sont en partie adhérents. On resèque l'épiploon, et l'on réduit la tumeur, après débridement de l'orifice. Au cours de l'opération, la malade a eu des vomissements abondants et noirs et, aussitôt remise dans son lit, elle meurt.

Autopsie: Intestin normal, sans autre cause d'occlusion. Traces visibles d'étranglement sur les deux extrémités du côlon transverse. La ligne blanche est très élargie, avec l'orifice herniaire. Le muscle droit du côté gauche est aminci et atrophié à ce niveau.

OBSERVATION X

Jos. GODART: *La Polyclinique de Bruxelles*, 15 avril 1911,
in Thèse ROUSSEAU. (Résumé.)

Homme de 65 ans, porteur depuis vingt ans environ d'une hernie épigastrique de la grosseur d'une noix. Cette tumeur n'a jamais provoqué ni troubles intestinaux, ni douleurs bien vives. La hernie a augmenté peu à peu de volume, et gêne le malade. Brusquement, la tuméfaction a augmenté considérablement de volume et est devenue très douloureuse. Depuis trois jours, le malade garde le lit, avec un arrêt complet des gaz et des matières. Les vomissements apparaissent le quatrième jour de l'étranglement. Le médecin conseille l'opération d'urgence, qui est pratiquée le 4 mars.

La tumeur, grosse comme une mandarine, était cyanosée, très douloureuse à la pression, immobile. Le pédicule semble être de la grosseur du doigt. Après incision de la peau, on découvre une masse épiploïque de couleur feuille morte: on la resèque. Le sac herniaire est double; on le resèque également.

Guérison sans complications.

OBSERVATION XI

Lucius W. HOTCHKISS: *Annals of Surgery, Philadelphie*, 1911
(in Thèse KERZREHO, Lyon 1930-1931, n° 39)

Il s'agit d'un malade de 63 ans, porteur d'une hernie épigastrique qui, depuis trois jours, souffre de douleurs abdominales violentes, avec vomissements et distension de l'abdomen. Il n'y a pas d'arrêt des gaz. L'homme est un alcoolique avéré, qui a souffert d'accès de gastrite d'origine éthylique, simulant absolument une crise comparable à celle ci-dessus décrite. Le médecin ne diagnostique pas un étranglement tout d'abord, mais les signes devinrent plus marqués, et l'on pensa alors à une obstruction intestinale.

Examen: Homme petit, trapu, corpulent. Pouls très petit. Vomissements fécaloïdes fréquents. Abdomen distendu et sensible. Hernie sus-ombilicale de bonne dimension, douloureuse, irréductible.

Intervention: Anesthésie à l'éther. Incision médiane sus-ombilicale. La hernie a trois orifices, un grand et deux petits, avec épiploon hernié adhérent dans les trois orifices. On le resèque. Dans l'orifice principal, on trouve une anse grêle étranglée et gangrénée. Résection immédiate. Anastomose termino-terminale. Fermeture de la paroi.

Pendant l'opération, injection intraveineuse de sérum physiologique.

Après l'injection, morphine, car le malade se plaint. Après un court sommeil, dyspnée et pouls filant. Le malade meurt malgré les soins rapides.

OBSERVATION XII

Forbes FRASER, *The Lancet, London*, 13 septembre 1913
(in Thèse ROUSSEAU)

Il s'agit d'une femme célibataire, âgée de 101 ans et trois mois au moment de l'opération.

Depuis quelques années, elle présente une tumeur siégeant au niveau de la portion supérieure de l'abdomen, au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur augmente de temps à autre de volume, occasionnant un syndrome douloureux, mais sans jamais devenir irréductible. Le 8 mai 1913, la tumeur devient alors irréductible, douloureuse, et s'accompagne d'un vomissement.

La malade, examinée douze heures après l'étranglement de sa hernie, présente une tuméfaction épigastrique globuleuse, tendue, grosse comme une poire, douloureuse et irréductible. L'état général est bon.

Opération: On pratique une injection de scopolamine-morphine une heure avant l'anesthésie locale à b-eucaïne adrénaline. Avec une incision elliptique transversale, le sac sort par une ouverture circulaire de la ligne blanche, à un pouce au-dessus de l'ombilic. Le sac herniaire contient un nœud de côlon transverse et de l'épiploon. On agrandit la faille. On rentre l'intestin et l'épiploon.

On effectue la resection du sac, puis sa ligature. On pratique une fermeture de la paroi à la « Mayo ». Les suites opératoires sont d'abord inquiétantes: agitation et délire. Cependant, la guérison « per primam » s'obtient en quinze jours.

OBSERVATION XIII

Alexis V. MOSCHCOWITZ, *Surgery, Gynecology and obstetrics*,
Chicago, 1914 (in Thèse KERKREHO)

Il s'agit d'un homme de 49 ans, porteur d'une tumeur épigastrique, à mi-chemin entre ombilic et appendice xyphoïde, depuis l'âge de 18 ans. Cette tumeur a le volume d'une orange; elle se réduisait spontanément, mais momentanément.

Brusquement, la tumeur augmente de volume, devient douloureuse, irréductible. Pas de vomissement. La constipation habituelle augmente. Entrée à l'hôpital cinq jours après le début des douleurs. Température: 102°5 Fahrenheit, pouls en rapport avec la température. Bon état général.

Examen: Abdomen légèrement distendu. Hernie épigastrique grosse comme un petit raisin. Téguments rouges et adhérents à la masse. Le diagnostic hésite entre hernie épigastrique et abcès de l'intérieur de la paroi abdominale.

Intervention le lendemain: Incision de cinq pouces. Découverte d'une hernie étranglée épigastrique à anneau serré (un pouce de diamètre). Le sac contient un peu de liquide sanguinolent et une masse lisse, tendue, œdémateuse, qui recouvre l'ouverture de la hernie comme un champignon, d'où difficulté de disséquer l'anneau. On juge que la masse est constituée par de l'épiploon hernié et étranglé. Ligatures en chaînettes et déplacement de la masse qui a le volume d'une orange. Ablation d'une autre masse plus petite constituée par un lipome enflammé. Extirpation du sac et fermeture de la paroi en faisant chevaucher les bords. Drainage. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XIV

DANFORTH, *The Journal of the American Medical Association*,
1915, vol. LXIV (in Thèse ROUSSEAU)

Le malade est un homme de 80 ans, porteur depuis longtemps d'une tuméfaction médiane sus-ombilicale. L'étranglement est survenu après une bronchite s'accompagnant de tortes crises de toux.

Opération: Ouverture à trois pouces au-dessus de l'ombilic. On découvre un sac péritonéal distinct, avec masse épiploïque du volume d'une grosse orange. On ligature le sac, et l'on referme la paroi. Les suites opératoires sont des phénomènes pulmonaires graves qui mettent longtemps la vie du malade en danger. Cependant la guérison est obtenue définitivement.

OBSERVATION XV

GATEWOOD, *The Journal of American Medical Association*,
1916, vol. LXVI, page 85 (in Thèse ROUSSEAU)

Le malade est un homme de 40 ans, laboureur de son métier. Il présente une douleur continue, trois jours avant son admission à l'hôpital, dans la portion supérieure de l'abdomen. Cette douleur s'accompagne d'une tuméfaction grosse comme un citron à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. De plus, il existe des vomissements continuels. La hernie épigastrique existe depuis l'enfance: elle est survenue après un tamponnement par un wagon. Le malade avoue, dans ses antécédents, avoir eu déjà un certain nombre de crises analogues à celle qu'il présente.

L'état général est bon, malgré des vomissements continuels. L'haleine a une odeur d'acétone. La peau est froide;

l'abdomen est distendu. On constate qu'il n'existe pas de matières fécales dans le rectum.

Sur la ligne médiane, à deux pouces et demi au-dessus de l'ombilic, on aperçoit une tumeur ovoïde ferme, de deux pouces et demi de diamètre.

Opération: Anesthésie locale par infiltration de la paroi à la novocaïne à 1/200^e adrénalinée. Après avoir pratiqué une incision transversale, on découvre une tumeur grosse comme un citron qui sort par une ouverture circulaire de la ligne blanche, qui mesure environ un pouce de diamètre. On constate la présence de liquide à l'intérieur du sac, en même temps que celle d'une anse grêle longue de quatre pouces, congestionnée, avec épiploon adhérent. On enfouit une portion d'intestin par des points à la « Lambert », on réintègre l'anse. On ligature et on resèque l'épiploon. On note l'existence d'une petite masse de graisse adhérente à la partie supérieure du sac. On pratique la fermeture de la paroi selon la méthode de « Mayo » en laissant un drain en place.

On obtient une guérison « per primam ».

OBSERVATION XVI

GATEWOOD, *The Surgical Clinics of Chicago*
avril 1919, vol. III, n° 2 (in Thèse ROUSSEAU)

Il s'agit d'une juive russe de 67 ans, mère de dix enfants. Sa hernie épigastrique constitue une vieille histoire: en 1893, après des efforts prolongés, elle serait apparue, et aurait graduellement augmenté de volume; puis, à différentes reprises également. Cette tumeur a provoqué fréquemment des crises douloureuses, dont la plus récente remonte à neuf jours (douleur violente sans vomissements), mais avec des douleurs intermittentes depuis. Il y a vingt-quatre heures, le premier vomissement a fait son apparition, s'accompagnant

d'une douleur très violente. Un lavement a provoqué l'expulsion d'une selle.

Examen: la malade est obèse. Son abdomen est tendu, tympanique, peu douloureux. Au-dessus de l'ombilic, existe une petite masse de trois centimètres de diamètre, qui est le siège de douleurs très vives. Le diagnostic clinique porté est celui de hernie épigastrique étranglée.

Opération: Anesthésie générale à l'éther. Après incision elliptique, on met à jour un sac de huit centimètres de diamètre. Après l'avoir isolé, on l'incise. Il s'y trouve de l'épiploon œdématié et adhérent. Mais, après ligature et section de cet épiploon, il ne semble pas que ce soit la cause des phénomènes aigus.

On découvre une deuxième hernie, trop petite pour déformer l'abdomen. Le sac a la forme d'un champignon au-dessus de l'ombilic; il contient de l'intestin violet et du liquide brun-foncé: il s'agit du côlon transverse pincé latéralement dans un anneau de constriction de un centimètre de diamètre. Après arrosage au sérum, on pratique un enfouissement (par quelques points de Lambert) de la portion étranglée. On pratique alors la ligature et la résection du sac, puis la fermeture de la paroi à la Mayo. Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XVII

D. E. Calvin SMYTH, *Annals Of Surgery*, 1920, vol. LXXII
(in Thèse ROUSSEAU)

Femme de 68 ans. Depuis huit ans, elle présente une tuméfaction au-dessus de l'ombilic qui, depuis quatre ans, a petit à petit augmenté de volume. La tumeur rentrait le matin et était facilement contenue par un bandage. Mais, brusquement, la malade a ressenti une douleur en coup de poignard

à l'épigastre, et les vomissements sont survenus, fréquents. La malade, au moment de l'examen, souffre peu, mais son état général est mauvais. On note, à quatre pouces au-dessus de l'ombilic, une tumeur qui a le volume d'un citron, située à droite de la ligne médiane. Cette tumeur est dure, mate, immobile.

Opération: Anesthésie générale à l'éther. On pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale. L'ouverture du sac donne lieu à l'écoulement d'un flot de liquide jaune de 250 cc. environ. Le contenu du sac est constitué par de l'épiploon adhérent et enflammé, et par cinq pouces de côlon transverse qui s'étaient herniés par une faille transversale de la ligne blanche, n'admettant pas deux doigts. Le sac est ouvert de dedans en dehors. L'anse intestinale est réintégrée, l'épiploon est réséqué. On dissèque le feuillet antérieur des droits, on retourne ce feuillet; puis on le ferme par plusieurs points de matelassage. On referme la paroi.

Guérison sans aucun accident.

OBSERVATION XVIII

F. LEJARS: *Traité de Chirurgie d'urgence*, 1921
(in Thèse KERZREHO)

C'est un homme de 65 ans, porteur d'une ancienne hernie épigastrique, grosse comme un point d'adulte, irréductible jusqu'alors. Les accidents d'étranglement datent de la nuit précédente. Le taxis n'a donné aucun résultat. Le malade est très déprimé; pouls petit, facies mauvais, douleurs intenses, vomissements brunâtres et fétides.

Kélotomie pratiquée douze heures après les accidents initiaux. Incision verticale. Le sac contient un peu de liquide sanguin et une longue anse grêle noirâtre, sans épiploon. Anneau médian, dur, fibreux, circulaire, très serré, qui,

débridé, permet l'extériorisation de l'anse herniée. Cette portion du grêle porte une encoche profonde aux deux extrémités. Eraillure longitudinale saignante au bout supérieur, dont les deux bords sont réunis par un surjet de fin catgut. Réduction. Extirpation et ligature du sac. Réunion des bords de l'anneau et débridement vertical qui le prolonge par trois points en anse transversale.

Guérison.

OBSERVATION XIX

Léopold ROUSSEAU: Thèse Bordeaux, 1923-1924, n° 11: *La Hernie épigastrique étranglée*. (Observation personnelle résumée, fournie par le docteur MASSE.)

Il s'agit d'une femme de 71 ans qui, il y a dix ans, a constaté, à la suite d'un effort violent, l'apparition d'une petite tumeur grosse comme une noisette au niveau de la région sus-ombilicale, un peu à gauche. Cette tumeur, non réductible, ne s'est accompagnée à ce moment d'aucune douleur. Deux à trois ans après son apparition, la tumeur a augmenté petit à petit de volume, et la malade souffre alors de temps à autre de vomissements alimentaires.

En 1922, une forte crise, s'accompagnant de douleurs violentes, en même temps que la tumeur augmentait de volume. Pas de vomissements. Le médecin pratique le taxis, et tout rentre dans l'ordre par le port d'un bandage.

Le 21 décembre 1923, douleurs violentes et brusques dans la région épigastrique. De jour en jour, les douleurs augmentent: le médecin fait du taxis en vain, et conseille l'opération.

Examen le 24 décembre 1923:

Femme obèse (110 kilogs). Bon état général. Pas de fièvre. Pouls bien frappé à 80. Ventre en besace, difficile à

palper. On note, à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane, une tumeur arrondie, grosse comme les deux poings. Cette tumeur est régulière, bien limitée, rénitente, avec un pédicule douloureux. Elle est mate et légèrement mobile dans le sens transversal, nullement influencée par la toux ou l'effort. Aucun vomissement n'est apparu. Arrêt des gaz et des matières depuis le 21 décembre.

On porte le diagnostic de hernie épigastrique étranglée. L'intervention d'urgence est décidée. Pendant les préparatifs, vomissement bilieux, le premier depuis l'irréductibilité.

Opération: Anesthésie locale à l'allocaïne au 1/300". Incision elliptique: on trouve une couche de graisse abondante. Incision du tissu aponévrotique; ouverture du péritoine de bas en haut, du côté droit de l'incision. Ces anses intestinales s'engagent dans l'orifice herniaire ainsi disséqué. La malade pousse; on lui donne du chloroforme. On débride alors la hernie dans laquelle on trouve une anse grêle et son méso en bon état au niveau de la striction. Du grand épiploon très adhérent au sac est reséqué. On ligature le sac péritonéal et l'on ferme par un seul plan aux fils de bronze-aluminium. Drainage. Quarante-huit heures après l'intervention, selle spontanée.

Lever le cinquième jour. Enlèvement des fils le quinzième. Guérison.

OBSERVATION XX

GUTMAN (Dorpat): Un cas d'étranglement d'une hernie de la ligne blanche: *Zentralblatt für Chirurgie*, tome III, n° 39, pages 2.460-2.462, 25 septembre 1926.

Femme de 64 ans, très grasse, présentant depuis huit ans une hernie épigastrique médiane, grosse comme un œuf de poule, déterminant peu de troubles. Depuis douze heures,

douleurs abdominales violentes, nausées et vomissements. La hernie est grosse comme le poing, tendue, douloureuse. Le ventre est météorisé, avec des ondulations péristaltiques. On opère sous anesthésie locale. Au bout de trois minutes, la hernie se réduit spontanément avec gargouillements. On trouve à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un anneau herniaire large comme une pièce de trois marks et, dans le sac, de l'épiploon adhérent; sur le côlon, on aperçoit les traces d'un sillon d'étranglement. Resection de l'épiploon adhérent, et cure radicale.

Guérison en dix jours.

OBSERVATION XXI

Un cas de hernie épigastrique étranglée à contenu stomacal,
par MM. BERNARDBEIG et DROUET (*in* Thèse LAFFITTE).
Résumé.

Il s'agit d'un homme de 69 ans, porteur d'une hernie épigastrique de volume variable.

Le 4 janvier 1924, à la suite d'un effort de toux, la tumeur épigastrique devient plus volumineuse, tendue et dure. Depuis ce moment, arrêt des gaz et des matières.

Le malade se plaint peu, vomit une seule fois. Il souffre très peu et croit que l'ingestion d'un bol de lait (pris avant la crise) est cause de ses malheurs.

Le diagnostic porté est celui de hernie épigastrique étranglée.

Intervention d'urgence: Anesthésie régionale. Ouverture du sac. Ce dernier laisse échapper un peu de liquide. Il contient par ailleurs une très grosse masse épiploïque et un viscère creux non identifié dès l'abord.

Ouverture de l'anneau, de dedans en dehors (et non pas en dessous de la hernie, selon la technique de Condamin, la région sous-jacente étant suintante et infectée).

Après débridement du collet, on attire l'épiploon au dehors et on le resèque. On identifie alors l'estomac qui était entièrement engagé, grande et petite courbure, dans la hernie, et dont les faces présentaient, sous forme d'une ligne congestive, la marque de l'étranglement; ces lésions n'étant pas nécrotiques, il fut possible de réintégrer l'estomac.

La suture de la paroi se fait après l'ouverture des gaines des droits, des deux côtés, au moyen de fils de fer prenant le péritoine et les aponévroses, puis des agrafes cutanées.

Cicatrisation obtenue secondairement seulement, du fait d'une suppuration abondante au voisinage des lésions cutanées.

Guérison. Malade revu deux ans après l'intervention en très bonne santé.

OBSERVATION XXII

Observation de M. le Docteur GUILLEMIN : *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 20 novembre 1928.

T..., 38 ans, vigoureux et musclé, m'est adressé par un confrère dans la soirée pour hernie épigastrique étranglée. Cet homme, que sa profession obligeait à d'assez gros efforts, n'avait prêté aucune attention à une petite tumeur située dans la région épigastrique, à quatre centimètres au-dessus de l'ombilic. Il en était porteur depuis plusieurs années. Molle, non douloureuse, elle faisait une saillie du volume d'une cerise dans la station debout; la simple pression la réduisait facilement dès que le malade se couchait.

Le malade présentait depuis longtemps — selon lui, et sans pouvoir préciser — des phénomènes d'hyperesthésie gastrique et d'hyperchlorhydrie; depuis quelques jours, ces douleurs s'accroissaient.

Pendant son travail — assez pénible à ce moment: il sou-

levait de lourdes charges — la douleur augmente progressivement et rapidement. Il vomit. Son médecin appelé trouve une tuméfaction épigastrique paramédiane, grosse comme une noix, tendue, douloureuse à la pression, irrégulière, irréductible.

Le pouls est à 100; le facies angoissé, mais pas pincé. Le malade est plié en deux, et n'ose se redresser.

L'opération est faite immédiatement sous anesthésie générale au mélange de Schleich: incision verticale médiane. La hernie est abordée comme une hernie ombilicale. L'extrémité du ligament suspenseur du foie a pénétré dans le sac; l'épiploon, engagé dans l'orifice, est adhérent, et ne peut être libéré. La partie engagée est reséquée avec le sac. Fermeture de la paroi en trois plans. Cicatrisation normale. Revu quinze mois plus tard, le malade a une paroi solide et, depuis l'opération, il n'a plus ressenti les violentes douleurs gastriques dont il se plaignait auparavant. La base du sac, débarrassé de l'épiploon, admettait l'extrémité du doigt.

OBSERVATION XXIII

M. CHAUVENET: *Bulletins et Mémoires*
de la Société de Chirurgie, Séance du 20 novembre 1928

Il s'agit d'une dame de 71 ans, M^{me} G..., qui, depuis quarante-huit heures, souffre au niveau d'une ancienne hernie épigastrique devenue irréductible. Depuis le début des accidents, il y a arrêt des matières et des gaz, des nausées et des vomissements abondants.

Le Docteur PILLOT, appelé, a vainement essayé de réduire la masse herniée et m'a demandé aussitôt de me rendre auprès de la malade.

Celle-ci, au moment de mon examen, est en mauvais état: son visage est légèrement subictérique et cyanosé; la température est à 38°, et le pouls, irrégulier, bat à 130.

L'abdomen, obèse, est ballonné et douloureux. Il existe une hernie épigastrique grosse comme deux poings, dure, tendue, sonore, absolument irréductible.

Il n'y a rien à noter par ailleurs.

L'interrogatoire apprend que la malade a déjà souffert à plusieurs reprises d'accidents analogues, mais beaucoup moins sérieux.

Chaque fois, la hernie a été plus ou moins facilement réduite, soit par un médecin, soit par la malade elle-même.

Je fais transporter la malade à la Maison de Santé pour intervention. Opération, le 12 septembre 1927, sous anesthésie loco-régionale par infiltration à l'aide d'une solution d'alocaïne. Très bonne anesthésie.

Incision elliptique usuelle : dégagement du pourtour aponévrotique du collet ; incision arciforme de l'aponévrose à deux centimètres du collet, sur son côté gauche ; ouverture du péritoine que l'on protège, puis incision du sac perpendiculaire à sa base. Dans la hernie, il n'y a que l'intestin grêle distendu, violacé, présentant un sillon net au lieu de striction. Il n'y a pas cependant de lésions graves, et l'on rentre l'intestin sans la moindre hésitation.

Exérèse du sac, suture péritonéale au catgut, suture aponévrotique au crin de Florence.

Les suites opératoires sont bien meilleures qu'on ne pouvait l'espérer. On obtient la réunion per primam, et la malade levée dès le cinquième jour, quitte la Maison de Santé, le dixième jour, en bon état.

Actuellement (juillet 1928), elle est assez bien portante et n'a aucune récédive de sa hernie.

OBSERVATION XXIV

Artémio ZENO: *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, tome LIV, N° 9, séance du 30 mai 1928, pages 800-802. (In thèse KERZREHO).

Une jeune femme de 23 ans, sujette à des coliques hépatiques, a constaté depuis quelques mois, l'existence, au-dessus de l'ombilic, d'une petite tumeur du volume d'une noisette se réduisant facilement dans la position couché, mais reparaisant dans la position debout. Il y a deux jours seulement, cette tumeur est devenue irréductible et douloureuse ; il n'y a ni vomissements, ni ballonnement du ventre ; la constipation habituelle est exagérée. A l'opération, on découvre une masse graisseuse irréductible que l'on dissèque par sa base. En la mobilisant, on constate, dans la partie inférieure, la présence d'un sac herniaire que l'on ouvre. Il s'en échappe un peu de liquide séro-sanguinolent. La base du sac est très large ; sur son côté droit, on trouve de l'épiploon adhérent et présentant en même temps une torsion légère. On pratique la ligature et la résection pré-péritonéale, on reconstitue la paroi en trois plans. Guérison sans incidents.

L'auteur de cette observation ajoute : « Les cas de hernies étranglées sont très rares; le présent est le treizième connu. Cette rareté s'explique par la constitution même de la variété de hernie, généralement très petite, et réduite à un lipôme pré-péritonéal. L'existence d'un sac véritable ne se rencontre guère que dans 15 à 20 % des cas. D'autre part, ce cas, lorsqu'il existe, se caractérise par une base très large, ce qui n'est pas fait pour favoriser l'étranglement. Chez la malade de ZENO, la hernie coexistait avec la lithiase biliaire, et l'auteur pense qu'un léger degré de péritonite sous-hépatique, due à cette cause, a pu être l'amorce de l'épiploïte avec torsion qui amena secondairement les accidents de l'étranglement. (Rapport de DENIKER.) »

N. B. — Remarquons simplement le chiffre que donne M. DENIKER : ce cas serait le treizième connu.

Les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré, nous ont autorisé à lui substituer le chiffre 24. Ce qui nous permet de penser que, pour rarissime que soit la hernie épigastrique étranglée, on arrive, en cherchant bien, à en trouver un nombre qui est loin d'être négligeable.

OBSERVATION XXV

MM. LOEPER, DE SEZE et LEROY : *Hernie épigastrique étranglée au cours d'un syndrome ascitique. Cure radicale; guérison* (résumé). Le *Progrès Médical*, N° 31, 3 août 1929. (In thèse KERZREHO).

M. P... Raoul, âgé de 24 ans, entré à l'Hôpital de la Pitié, le 7 septembre 1928, pour syndrome ascitique, est trouvé porteur d'une hernie épigastrique, facilement réductible, d'ailleurs. Elle est constituée par une saillie arrondie, rénitente, et communique avec l'abdomen par un orifice où le doigt pénètre facilement et se sent entouré d'un anneau dur et tranchant. A certains moments, la poche ne contient que du liquide d'ascite, tantôt elle contient une anse intestinale. La peau, à ce niveau, est amincie et parcourue par un fin réseau veineux. Lorsque le malade tousse, ou fait un effort pour s'asseoir, la hernie exagère son volume et atteint les dimensions de la tête d'un fœtus à terme ; en même temps, la peau s'amincit d'une façon inquiétante, devient presque transparente et prend une teinte violacée.

Au dire du malade, la hernie est d'apparition récente. Elle s'est installée brusquement, au début d'octobre, au moment où l'ascite, très abondante, allait nécessiter une ponction pour la première fois.

Le malade, qui présente une cirrhose hépatique avec poly-

sérite inflammatoire (dans l'étiologie desquelles la tuberculose et la syphilis entrent pour une large part) est l'objet de plusieurs ponctions successives. A chacune d'elles, la peau se distend devant la hernie, s'amincit davantage, de mois en mois. On commence à redouter la possibilité d'une ulcération. Mais un fait nouveau se produit vers le 15 avril 1929 : la hernie ne rentre plus ; le malade, qui a bien remarqué ce fait, n'y attache aucune importance. Dans la nuit du 21 au 22 avril, il fait de violents efforts de toux, et le 22 au matin, il ressent de vives douleurs dans la région épigastrique. Il y a arrêt complet des matières et des gaz ; le malade vomit coup sur coup quatre à cinq fois. La température s'élève à 37°5, le facies s'altère. A l'examen, la hernie est tendue ; on sent, à travers une couche de liquide, une tuméfaction arrondie, très dure, irréductible. Pas de modification à la toux. Douleur vive au collet.

Le diagnostic de hernie épigastrique étranglée s'impose et on décide d'intervenir. Le jour même, à 18 heures, l'intervention est pratiquée d'urgence par MM. LEROY et SENÈQUE. Anesthésie locale. Deux incisions curvilignes à direction générale transversale. Libération par en haut et par en bas, jusqu'au collet. Laparotomie verticale médiane, au-dessous de la hernie. Puis, section du collet. Le sac contient une portion du colon transverse en bon état que l'on réintègre. On ferme la paroi en un plan aux crins. On laisse un drain sous la peau.

Les suites opératoires sont plus satisfaisantes qu'on n'eût jamais osé l'espérer. La température, dès le troisième jour, est de 37° et s'y maintient. La brèche opératoire se ferme per primam, et les sutures tiennent parfaitement. Un mois après, le malade quitte l'hôpital. L'opération semble avoir notablement diminué la rapidité de production de l'ascite.

OBSERVATION XXVI

M. PATEL : *Lyon Chirurgical*, Séance du 14 mai 1929 : *Hernie épigastrique étranglée au cinquième mois de la grossesse; cure radicale. (In thèse KERZREHO).*

Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans, enceinte de cinq mois et demi, porteuse, depuis longtemps, d'une petite hernie épigastrique nullement douloureuse. Depuis un mois, la hernie est devenue le siège de douleurs qui augmentent peu à peu et mènent la malade à l'hôpital. A son entrée, on constate une grossesse de cinq mois, absolument normale. Il existe, à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une petite tuméfaction du volume d'une noix, tendue et douloureuse, irréductible. Malgré quatre jours de repos, les symptômes ne s'amendent point.

Intervention le 28 février 1929. On constate l'existence d'un lipôme sous-péritonéal congestionné et déjà noirâtre. Le sac péritonéal, tout petit, est vide. On pratique une cure radicale. La malade sort guérie de l'hôpital, le 8 mars 1929. La grossesse continue sans incident.

OBSERVATION XXVII

Docteur Jean CHEVEREAU : *Gazette Médicale de France*, 15 novembre 1929 ; *Occlusion intestinale par hernie épigastrique; opération au douzième jour; injection intraveineuse de sérum salé hypertonique. Guérison.*

M. P..., âgé de 60 ans, soigné depuis huit ans pour spécificité cérébro-médulaire, présente depuis le 1^{er} avril 1929 quelques troubles digestifs : douleurs abdominales à forme de coliques, constipation opiniâtre, nausées et quelques régurgitations. Peu à peu, les signes s'accroissent : vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement du ventre.

Le médecin appelé, porte le diagnostic d'occlusion intestinale et conseille une intervention qui est refusée par la famille.

L'état général s'aggrave progressivement, et le 12 avril apparaît le premier vomissement fécaloïde. Ceux-ci vont se succéder, et trois jours après, le 15 avril, lorsque nous voyons le malade; nous constatons : une altération profonde de l'état général, un pouls à 104, une température à 37°5. Le ventre est ballonné surtout dans sa moitié droite, et il n'existe pas de contracture. Le malade, à ce moment, n'a eu ni gaz, ni matières depuis deux jours.

Le diagnostic d'occlusion est évident. Un toucher rectal ne montre rien d'anormal ; mais l'attention est attirée par la présence d'une masse de volume d'une orange, située à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Cette tumeur, peu douloureuse, est lobulée, mate, irréductible. Le malade a, dit-il, constaté depuis trente ans, la présence de cette masse considérée comme « lipome » par un médecin qui l'a vue à cette époque. Nous portons le diagnostic de hernie épigastrique étranglée, malgré la rareté de cette affection, d'autant que l'aspect asymétrique de l'abdomen fait penser à une occlusion sur le colon transverse.

Intervention d'urgence à l'anesthésie locale ; on pratique une incision médiane et l'on trouve une masse graisseuse qui recouvre un sac volumineux. Celui-ci, incisé, contient, dans sa portion droite, une partie du grand épiploon adhérent, violacé, et en partie sphacélée; dans sa portion gauche, un segment du colon transverse, long de dix centimètres environ, et très congestionné. Après débridement du collet vers le haut on constate, au niveau de la zone de striction, un sillon violacé, mais non sphacélé. Résection de l'épiploon qu'on sépare difficilement du sac. Fermeture de la paroi en trois plans.

Pendant l'intervention, le malade a eu un vomissement très nettement fécaloïde. Aussitôt après, on pratique une injection de 20 cc. de sérum salé à 20 %, après avoir dénudé la jugulaire externe (on a vainement essayé de découvrir une veine au pli du coude ou au poignet, sans anesthésie; le ma-

lade n'ayant plus aucune réaction). Six heures plus tard, émission de gaz. Douze heures plus tard, selle abondante, très fétide. Devant la difficulté des injections intraveineuses, on se contente de faire du sérum physiologique sous-cutané. L'état général s'améliore rapidement.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXVIII

Hernie épigastrique étranglée, symptomatique d'un ulcère duodéno-pylorique en voie de perforation : MM. J. CREYSSEL et G. ARNULF, Lyon Médical, 1^{er} mai 1933, année LXV, N^o 14.

T..., 24 ans, jusque là bien portant, arrive à la consultation de l'Infirmierie de porte en marchant, le 12 octobre 1932. Il vient pour douleurs épigastriques et vomissements.

Le 11 octobre 1932, après l'apéritif, il ressent une douleur épigastrique assez intense. Dans la journée, ces douleurs persistent et s'accompagnent de quelques vomissements. Il vient alors à l'hôpital. On se trouve en présence d'un homme robuste, sans antécédents gastriques.

Température à 37°6; pouls à 75.

A l'examen de l'abdomen, on localise une zone douloureuse nette dans la région épigastrique, mais sans contracture. Tout de suite l'attention est attirée par une hernie épigastrique, à droite de la ligne blanche, dont le malade ignorait l'existence,

Cette hernie, du volume d'un œuf de pigeon, est dure, tendue, douloureuse et irréductible.

Aussi porte-t-on le diagnostic de hernie épigastrique étranglée. On fait cependant des réserves pour une lésion gastrique sous-jacente, étant donné le début de l'affection.

Intervention : (Docteurs CREYSSEL, ARNULF). Anesthésie générale. On incise sur la hernie. La paroi est très vasculaire.

Il s'agit d'une épiplocèle, étranglée, sur un anneau assez lâche. Il n'y a pas d'intestin dans le sac herniaire.

En vérifiant l'estomac, on remarque la présence d'une ou deux fausses membranes dans la région duodéno-pylorique. Mais au toucher à doigt nu, on ne perçoit pas d'ulcère.

Ce n'est qu'en extériorisant davantage l'estomac que l'on voit sourdre quelques gouttes de liquide gastrique par un orifice punctiforme, mais à l'emporte-pièce. Il s'agit bien d'une perforation minime d'un ulcère duodéno-pylorique. Enfouissement, gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton.

Suites simples. Le malade sort guéri au douzième jour.

OBSERVATION XXIX

MM. A. FOLLIASSON et HÉRAULD : *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 8 mai 1933. *Rapport de M. J. SÈNEQUE*.

Il s'agit d'un homme de 78 ans, ignorant l'existence de sa hernie, qui est pris brusquement dans la nuit du 4 août 1932, de vives douleurs abdominales à siège péri-ombilical. Des vomissements alimentaires, puis bilieux, accompagnent ces douleurs ; il y a également arrêt des gaz. Hoquet. Température normale; pouls, 85.

Le malade est vu le lendemain ; le malade est ballonné principalement dans la région sus-ombilicale et ce météorisme est rapporté à une dilatation du colon transverse sur toute sa longueur.

A la palpation, on découvre l'existence d'une hernie épigastrique siégeant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche de la ligne médiane. Cette hernie a six centimètres de large et cinq centimètres de hauteur; son irréductibilité est absolue; son collet douloureux.

On porte le diagnostic d'étranglement herniaire, avec probabilité de pincement ou d'occlusion intra-sacculaire d'une partie de la paroi du colon transverse.

Intervention le lendemain sous-anesthésie locale, complétée par quelques gouttes de chloroforme.

Le péritoine incisé, on se rend compte que la grande courbure de l'estomac est attirée à sa partie moyenne vers le collet herniaire et y est fixée par quelques adhérences lâches. On trouve également dans le sac une frange graisseuse du grand épiploon qui présente des symptômes manifestes d'étranglement. Le colon transverse apparaît très distendu, coudé au point correspondant à l'implantation de la frange.. Sa paroi apparaît également épaissie, enflammée.

Résection de la frange épiploïque et réfection de la paroi plan profond à la soie, plan cutané aux crins.

OBSERVATION XXX

M. HUET. (Même référence que précédemment: 3 mai 1933).

Rapporte une observation de hernie épigastrique étranglée, opérée en 1926. (Service de M. le Professeur HARTMANN).

Il s'agissait d'un homme de 50 ans, ignorant l'existence de sa hernie, qui l'étrangla brusquement au cours d'un effort. Opéré précocement, il présentait une entérocele pure, sans épiplocèle (anse de 40 cm. environ).

L'orifice siégeait bas sur la ligne médiane, mais était un peu excentré vers la gauche, sans doute par dilatation.

La réfection de la paroi, après résection du sac, fut un peu difficile, car la gaine des droits est à ce niveau dépourvue d'élasticité et « prête » peu.

OBSERVATION XXXI

M. DELANNOY (Rapport de M. PROUST): *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 21 juin 1933.

M. D..., 54 ans, m'est adressé par le Docteur CHARDON, le 20 novembre 1932, avec le diagnostic de hernie épigastrique étranglée.

La veille au soir, la hernie est devenue douloureuse, et le malade avait un vomissement alimentaire. Le médecin appelé constate la tension et l'irréductibilité du contenu herniaire et nous l'adresse.

Nous trouvons un malade en état d'hyposystolie assez accentuée. Le malade est légèrement cyanosé, les lèvres violettes; les membres inférieurs oedématisés sont recouverts de marbrures.

La hernie est sonore avec, par places, des zones de matité très nette. Le restant de l'abdomen est très volumineux avec une sonorité péri-ombilicale, de la matité dans les flancs et une sensation de flot qui permettent de reconnaître une importante quantité d'ascite.

Le diagnostic de hernie épigastrique étranglée nous paraît évident, et nous décidons d'intervenir immédiatement.

A l'anesthésie locale, nous circonscrivons la hernie par une incision elliptique allongée. La dissection des lèvres externes de chacune des incisions permet de séparer assez aisément la tumeur qui repose par une large surface sur l'aponévrose des droits, jusqu'à atteindre le collet qui est soigneusement isolé sur tout son pourtour. On peut alors, d'un coup de pointe, débrider en haut et en bas l'orifice aponévrotique; procédant comme une hernie ombilicale, le sac est alors incisé un peu au-dessus du collet vers le fond.

Une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent s'échappe, suivi de quinze centimètres environ d'intestin grêle, de coloration violacée, mais encore en bon état. La ligne blanche étant incisée au-dessus et au-dessous du collet du sac on

peut extérioriser une certaine quantité d'intestin grêle, ce qui permet de constater sur l'anse afférente un sillon d'étranglement très net, qu'on enfouit par quelques points séro-séreux à la soie fine.

Après avoir lavé l'anse incarcérée avec du sérum, on profite de l'incision abdominale pour évacuer la plus grande partie du liquide ascitique, citrin et tout à fait liquide.

Le sac est alors rapidement reséqué, et l'orifice herniaire, dont les dimensions sont celles d'une pièce de 50 centimes, est fermé par quelques points de catgut chromé. Crins et agrafes terminent l'opération.

Les suites opératoires, en dépit d'un état général inspirant quelques inquiétudes, furent remarquablement bénignes.

Mis en position assise, le cœur énergiquement soutenu par les toni-cardiaques habituels, les fonctions intestinales rétablies dès le troisième jour, notre malade se remettait rapidement et quittait la clinique le douzième jour, avec une cicatrice en bon état.

OBSERVATION XXXII

Etranglement du ligament rond du foie. MM. MOURE et BARRAYA. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie.* Séance du 14 février 1934.

Un homme de 37 ans entre à l'Hôpital Saint-Louis, le 2 décembre 1933, pour une tuméfaction douloureuse de la région épigastrique.

L'examen révèle, immédiatement au-dessus de l'ombilic, une tuméfaction allongée dans le sens vertical. Elle mesure six centimètres sur huit environ; elle est bien limitée, n'adhère pas à la peau, et présente à sa partie profonde un pédicule. Elle est tendue et douloureuse, surtout au niveau de son collet et à la partie inférieure de celui-ci, au voisinage de l'ombilic.

Cette tumeur est apparue, il y a trois ans, à la suite d'un effort, et a depuis augmenté progressivement de volume.

Réductible depuis son apparition, elle est devenue brusquement irréductible trois jours avant l'entrée à l'hôpital. Quelques vomissements bilieux se sont produits au début, mais il n'y a eu aucun arrêt des matières, ni des gaz.

Le foie est légèrement ptosé, débordant de deux travers de doigt le bord inférieur du gril costal. Devant ce tableau clinique, on porte le diagnostic d'épiplocèle étranglée qui commande une intervention.

On la pratique le 3 décembre, sous anesthésie loco-régionale à la novocaïne.

Par une incision verticale, on découvre, puis on dissèque le sac dont on isole le collet qui s'enfonce dans un orifice de la ligne blanche à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On ouvre le péritoine sur la ligne médiane, au-dessus du collet, et on constate la présence, dans la hernie, d'une portion de l'épiploon qui se réduit sans difficulté et qui présente un aspect normal.

En tendant alors le collet et la partie supérieure du sac, on voit nettement l'extrémité inférieure du ligament rond pincé au niveau de la stricture.

Le ligament est œdémateux et violacé, présentant l'aspect d'un nodule du volume d'une noix et formant une sorte de bouchon endo-sacculaire au-delà du collet.

On lie et on sectionne l'extrémité hépatique du ligament rond, puis on enlève sa partie périphérique avec le sac au fond duquel il se perd.

Suture verticale, à points séparés au catgut à résorption lente, prenant en un plan aponévrose et péritoine. Crins sur la peau. Suites opératoires simples.

Le malade, revu le 9 janvier 1934, est en excellent état.

L'examen de la pièce opératoire montre l'extrémité périphérique du ligament rond et le sac doublé d'un lipome. En suivant le ligament rond, on le voit se diriger vers le sac. Jusqu'au collet, il est d'aspect normal, formant un cordon

blanchâtre; puis, immédiatement au-dessous, il devient gros, turgescent, oedémateux, formant une boucle qui, par infiltration, s'est transformée en un noyau dur, élastique, qui remplit la partie profonde du sac. Cette masse laisse un interstice par où s'était introduit l'épiploon.

Des fragments ont été prélevés pour l'examen histologique. Cet examen a montré une congestion intense du tissu conjonctif qui compose le ligament rond. Les veines sont dilatées, gorgées de sang. Il existe des signes manifestes de congestion intense avec diapédèse et extravasation sanguine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. N. BARDESCO. — Sur la hernie épigastrique occulte. — *Revue de Chirurgie*, N° 8, octobre 1934.
2. BARTHÉLEMY. — Pathogénie et Anatomie pathologique des hernies épigastriques. — *Lyon Chirurgical*, 1920, tome XVI, p. 217-222.
3. BARTHÉLEMY et GRÉGOIRE. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1933.
4. BERNARD. — *Presse Médicale*, 1910, p. 956.
5. BÉRARD et COLOMBET. — Relations entre les hernies épigastriques et les lésions possibles des organes sous-jacents. — *Lyon Médical*, 1911.
6. BÉRARD et COTTE. — Nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. — *Lyon Chirurgical*, 1913, t. CXXI, p. 427.
7. BÉRAUD. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique. — Thèse, Montpellier, 1925-1926.
8. BERNARDBEIG et DROUET. — Hernie épigastrique étranglée. — *Société de Chirurgie de Toulouse*, janvier 1926.
9. BESSON. — Epigastric hernia. — *North West Medical Scatle*, 1915, tome VII, pp. 252-255.
10. BLANC. — Hernie épigastrique de l'estomac. — *Loire Médicale*, 1908, p. 512.
11. BLOCK. — Epigastric hernia. — *Kentucky Medical Journal*, 1921, tome XIX, p. 520 à 524.

12. BONNET. — Cure radicale des hernies épigastriques — Thèse Paris, 1887.
13. BROWN. — Epigastric hernia. Neuraska med. — *Journal Norfolk*, 1922, tome VIII, p. 165.
14. CAPELLE. — Résultats éloignés des opérations pour hernies épigastriques. — *Journal de Chirurgie*, août 1909.
15. CARSONI. — Hernia epigastrica dolorosa sintomotica di affezioni gastriche. — *Pensiera Méd. Milano*, août, 1914, tome IV, p. 359-362.
16. CARRO. — Estonosis espasmodica de cardias y hernia epigastrica. — *Rév. Méd. Callega*, N° 8, août 1927.
17. CHAILLOUY. — Hernie épigastrique. — Thèse Paris, 1894.
18. CHARBONNEL et BRAU TAPIE. — Double hernie épigastrique étranglée. Perforation du cæcum. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, tome XL.
19. CHARPY. — Gaine des Droits. — *Revue de Chirurgie*, 1888.
20. CHASTENET DE GERY. — La hernie épigastrique douloureuse. — *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1914, tome LXXXVIII, p. 25.
21. CHAUVENET. — Hernie épigastrique étranglée. — *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*. — Séance du 20 novembre 1928.
22. CHEVEREAU. — Occlusion intestinale par hernie épigastrique étranglée. Opération au douzième jour. Injection intraveineuse de sérum salé hypertonique. Guérison. — *Gazette médicale de France*, 15 novembre 1929.
24. COBB. — Epigastric hernia a cause of diarrha with report of case. — *Annals of Surgeon Philadelphia*, 1912, tome LV, p. 66 à 70

26. COTTE et CROIZIER. — Hernie épigastrique. — *Société Médicale de Lyon*, 1911.
27. CREYSEL et ARNULF. — Hernie épigastrique étranglée symptomatique d'un ulcère duodéno-pylorique en voie de perforation. — *Lyon Médical*, 1^{er} mai 1933, année LXV, N° 14.
28. CUINET. — Nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. — *Thèse Lyon*, 1911-1912.
29. DANON. — Remarks on epigastric hernia with particular reference to its existence with gastric ulcer and cancer intern. — *Clin. Philadelphie*, 1923, tome IV, p. 24 à 41.
30. DANFORTH. — Strangulated epigastric hernia. — *Journal Amer. Med. Assoc. Chicago*, 1915, vol. LXIV, p. 437.
31. DAURIAC. — Hernie ombilicale. — *Thèse Paris*, 1895-1896.
32. DELBET. — Hernie épigastrique. — *Revue générale de Chirurgie et Thérapeutique*. Paris, 1913.
33. DELANNOY. — Hernie épigastrique étranglée. — *Bull. et Mém. Soc. nat. Chirurgie*, Séance du 4 mars 1933.
34. DEUMIE. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hernies épigastriques. *Thèse Lyon*, 1913-1914, N° 98.
35. DIAKONOFF. — Matériaux pour la question des hernies de la ligne blanche. — *Chirurgia*, 1909, tome 226.
36. DOGET. — Hernie épigastrique et dyspepsie. — *Thèse. Paris* 1905-1906.
37. DUJARIER et BERGER. — Hernie épigastrique étranglée. — *Presse Médicale*, 30 avril 1910.
38. DUFOUR (R.). — Hernies épigastriques douloureuses. Erreurs de Diagnostic. — *Thèse Paris*, 1932-1933.
39. DUPLAY. — Hernie épiploïque de la gaine du droit — *Archives générales de Médecine*, 1895.

40. DUNAN. — Sur la hernie épigastrique douloureuse symptomatique de néoplasme abdominal. — Thèse, Bordeaux, 1913-1914.
41. ERTAUD, — Pseudo étranglement d'une hernie épigastrique symptomatique d'une perforation de l'estomac. — *Gazette Médicale, Nantes*, 1914.
42. EVELY. — Hernies épigastriques et troubles digestifs. — *Polyclinique Bruxelles*, 1913, t. XXII, pp.113 à 120.
43. FABRE (D.). — De la hernie épigastrique et de l'entéro-cèle épigastrique étranglée. — Thèse, Paris, 1911-1912.
44. FAIRWEATER (D.-S.). — Acute hemorrhagic pancreatitis with epigastric hernia. — *Brit. Méd. Journal*, 1926, 10 avril.
45. FAULER (R.). — Ueber hernia epigastrica. — Thèse, Leipzig, 1913.
46. FAURE (J.-L.). — *Gazette de Médecine et de Chirurgie*, 1898.
47. FEDERICI. — Da qualche modalità operativa nell'ernia epigastrica. — *Gaz. dig. ospedali, Milano*, 1914, tome XXXV, p. 537.
48. FOLLIASSON et HÉRAUD. — Hernie épigastrique étranglée. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Rapport de M. SÉNÈQUE, séance du 3 mai 1933.
49. FRASER. — Strangulated epigastric hernia a centenarian. — *The Lancet, London*, 1913.
50. GABLO (A.-G.). — Hernias epigastricas dolorosas su coexistencia pasiole con la ulcera y cancer del estomago. — *Sem. Med. Buenos-Aires*, 1914, t. XXXVIII, p. 171.

51. GARENGEOT. — *Mémoire de l'Académie Royale de Chirurgie*, t. I, 1743.
52. GATEWOOD. — Strangulated epigastric hernia. — *Journal Amér. Méd. Assoc., Chicago*, 1916.
— *Clin. Chir. Philadelphie*, 1919.
53. GODARD. — Hernie épigastrique étranglée. — *La Polyclinique, Bruxelles*, t. XX, 1911.
54. GOTTSCHLICH. — Un cas de hernie épigastrique guérie par l'opération. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1911, t. XXXXIII.
55. GUILLEMIN (de Nancy). — Hernie épigastrique étranglée. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, Séance du 20 novembre 1928.
56. GUTMAN (Dorpat). — Un cas d'étranglement d'une hernie de la ligne blanche. — *Zentralblatt für Chirurgie*, tome III, N° 39, 25 septembre 1926, p. 2.461-2.462.
57. HARTMANN. — Hernie tuniquaire au niveau d'une suture d'occlusion de l'estomac. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie, Paris*, 1923.
58. HIRIAR. — La hernie épigastrique. — *La Clinique*, 1913.
59. HONTON. — Douleurs abdominales causées par les hernies épigastriques. — *Amér. Journ. Méd. Sciences*, 1925, N° 5.
60. HOTCHKISS. — Strangulated epigastric hernia. — *Annals of. Surgery*, 1911, t. LIV.
61. HUET. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*. Séance du 3 mai 1933.
62. HURST (A.-F.) et RYLE (J.). — Epigastric hernia. — *Guy'Hosp. London*, 1921-1922, t. LXXII, p. 430 à 433.
63. JABOULAY. — Des hernies, 1908.

64. KERZREHO. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique étranglée. — Thèse, Toulouse, 1930-1931, N° 39.
65. LAFFITTE. — Contribution à l'étude des hernies épigastriques étranglées. — Thèse, Toulouse, 1926-1927, N° 38.
66. LANONE et POISSON. — Hernie épigastrique et ulcère. — *Gazette Médicale de Nantes*, 1907.
67. LATARJET et ADENOT. — Hernie épigastrique de la muqueuse de l'estomac. — *Lyon Médical, Presse Médicale*, 1904.
68. LAUCE. — La hernie épigastrique douloureuse. — *Gazette des Hôpitaux*, 6 janvier 1914.
69. LAUTIER. — Hernie épigastrique et cancer de l'estomac. Thèse, Bordeaux, 1918-1919.
70. LEBCEUF. — Hernie épigastrique. — Thèse, Paris, 1897-1898.
71. LE DENTU et DELBET. — *Nouveau Traité de Chirurgie*, t. XXIX, p. 307 à 321.
72. LEJARS. — *Traité de Chirurgie d'urgence*. Paris, 1921.
73. LEPAGE. — Résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. — Thèse, Paris, 1888.
74. LERICHE. — 1. Hernie épigastrique ancienne avec troubles digestifs. Ulcère de l'estomac. — *Lyon Médical*, 1913.
2. De la nature des troubles gastriques qui accompagnent la hernie de la ligne blanche. — *Lyon Médical*, 1911.
75. LEWHISON (Richard). — Importance of a Thordogh Exploration of the intra-abdominal organs in operations for epigastric hernia. — *Surgery, Gynecol. and Obstetrics*, 1921.

76. LOEPER, DE SEZE et LEROY. — Hernie épigastrique étranglée au cours d'un syndrome ascitique. — *Le Progrès Médical*, 3 août 1929, N° 31.
77. LOEWEN. — Hernies de la ligne blanche. — *München Medizin. Wochenschr.*, 1910.
78. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies épigastriques, Paris, 1892.
79. Mac GLENNAN. — Epigastric hernia with symptoms of pyloric obstruction. — *Trans. am. Gastr. Ent. Saint-Louis*, 1920.
80. MACKWORTH (N.-W.). — Epigastric hernia in Sepoys. — *Indian Méd. Gaz., Calcutta*, 1916, t. LI, u. 340.
81. MANTELLI. — Hernie épigastrique de l'estomac. — *Acad. Roy. de Médecine de Turin*, 1913.
82. MARTEL et DEUMIE. — Deux cas de hernie épigastrique contenant une partie du ligament rond du foie. — *Loire Médicale*, 1913.
83. MASSÉ. — La hernie épigastrique étranglée. — *Revue de Chirurgie*, 1925, t. LXIII.
84. MICHELEAU. — Hernie épigastrique. — *Gaz. Hebd. des Sciences Méd., Bordeaux*, 1919.
85. MOHR. — *Journal de Chirurgie*, t. III, p. 428.
86. MOSCHOWITZ. — Strangulated epigastric hernia. — *Surgery, Gynécol. and Obstetrics, Chicago*, 1913.
87. MOURE et BARRAYA. — Etranglement du ligament rond du foie. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, Séance du 14 février 1934.
88. MOURE et MARTIN. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1933, page 1011.

89. MULLER. — La hernie épigastrique; son importance en médecine. — *Centralbl. für die Greizebrete der Medizin und Chirurgie*, tome XIV, 1910.
90. NAPALKOFF. — Hernie de la ligne blanche. — VIII^e Congrès de Chirurgie, Moscou, 1908.
91. PATEL. — Hernie épigastrique étranglée au cinquième mois de la gestation. — *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1929.
92. PONCET. — Recherche sur les aponévroses antérieures de l'abdomen. — Philippeville, 1877.
93. PRINCETEAU. — Hernie épigastrique chez l'enfant. — *Congrès de Chirurgie*, 1906.
94. QUAIN. — Epigastric hernia. — *Journ. mim. State méd. Assoc.*, 1910, page 207.
95. RAZZABONI. — Lipo-épiplocèle voluminos nelle linea alba; sindrome clinica dello streozzamenta delle ernie epigastrique. — *Riv. ops. di Roma*, 1923, t. XII, p. 556 à 560.
96. RIDGWAY. — Strangulated epigastric hernia. — *The Britisch. Med. Journal*, 17 décembre 1910, N° 2607, page 196.
97. RIOU. — Cure radicale de la hernie épigastrique. — Thèse, Paris, 1893.
98. ROCHART. — Les hernies, 1904.
99. RODRIGUEZ. — Hernies occultes de la ligne blanche. Conséquences cliniques. Syndrômes gastro-intestinaux dûs aux hernies de la ligne blanche de l'abdomen. — Thèse, Paris, 1929-1930.
100. ROGER. — Hernie ombilicale. — Thèse, Paris, 1894-1895.

101. ROUSSEAU. — La hernie épigastrique étranglée. — Thèse Toulouse, 1923-1924.
102. SANNAZARI. — Su di una varieta non commune di ernie epigastrica (ernie epigastrica transrettale a contenuto gastrico). — *Riv. osp. di Roma*, 1922, t. XII, pages 341-343.
103. SAUJEON. — Hernie épigastrique chez l'enfant. — Thèse, Bordeaux, 1906-1907.
104. SAVARIAUD. — Procédé de cure radicale des hernies ombilicales par dédoublement. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1901.
105. SAWYER (P.-E.). — Epigastric hernia. Railway surgical. — *Journal Chicago*, 1911-1912, t. XVIII, p. 410 à 412.
106. SEBBA (Max). — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. t. XXXV, octobre 1909.
107. SERRERA. — Eventrations et hernies de la ligne blanche congénitales. — Thèse, Paris, 1923-1924.
108. SMYTH (Calvin). — Strangulated hernia. — *Amér. Surg. Philadelphie*, 1920.
109. SOPER. — *Journal de Chirurgie*, t. V, page 435.
110. SPOTA. — Epigastric hernia caused by occupational accident. Right of patient to compensation medicolegal testimony. — *Prensa Medica Argentina*, 11 janvier 1933.
111. TÉMOIN. — Etude des hernies de la ligne blanche. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1902, p. 205.
112. TERRIER. — Remarques cliniques sur les hernies épigastriques. — *Revue de Chirurgie*, 1886.
113. THIRIAR. — La hernie épigastrique. — *La Clinique, Bruxelles*, 1913.

114. TILLAX. — Hernies épiploïques de la ligne blanche.
— *Echo Médical de Toulouse*, 1890.
 115. TSCHERNING. — Hernie épigastrique. — *Société Danoise de Chirurgie*, 1910.
 116. URY. — Coexistence de la hernie épigastrique et de l'ulcère de l'estomac. — *Medizinische Klinik*, 1909, N° 17.
 117. VALLOT. — Hernies épigastriques. — Thèse, Lyon, 1906-1907.
 118. VASSEL. — Hernies de l'estomac épigastriques et diaphragmatiques. — Thèse, Lyon, 1909-1910.
 119. VERNET. — Pincement de l'intestin dans les fissures sus-ombilicales. — Thèse, Paris, 1891.
 120. VIGNES. — Note sur deux cas de hernie épigastrique. — *Bull. et Mém. Soc. Anatomique de Paris*, 1910, p. 890.
 121. VILLARD. — A propos de la pathogénie et de l'anatomie pathologique des hernies épigastriques.
— *Lyon Médical*, 1913, t. CCXX, p. 26 à 29.
— *Lyon Chirurgical*, 1920, p. 700.
 122. VILLENEUVE. — Traitement de la hernie épigastrique. — *Nederl. tijdsch. v. geneesk. Haarlem*, 1924.
 123. WATSON. — Hernias of the upper abdomen. — *Memphis Méd. Monthly*, 1919, t. XL, p. 461-464.
 124. WEISSINGER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome LXX, 1912.
 125. ZENO (Artémio). — Hernie épigastrique étranglée. — *Journal de Chirurgie*, N° 6, décembre 1926. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 9 juin 1928.
-

TABLE DES MATIERES

	PAGES
INTRODUCTION.	5
HISTORIQUE.	7
Observation inédite fournie par M. le D ^r GUIBAL.	10
Anatomie.	13
Anatomie pathologique et pathologie.	19
Etiologie.	32
Symptômatologie et évolution.	43
Diagnostic.	50
Traitement.	60
CONCLUSIONS.	65
OBSERVATIONS.	67
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	101

Vu :

Nancy, le 7 Février 1935.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

P. MICHEL.

Vu :

Nancy, le 8 Février 1935.

LE DOYEN,

SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 9 Février 1935.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE NANCY,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

